

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ D'UNE BIBLIOTHÉRAPIE BASÉE SUR LA  
THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT  
POUR LA DOULEUR CHRONIQUE

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
CATHERINE LACASSE

DÉCEMBRE 2021

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

**Direction de recherche :**

---

Frédéric Dionne, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directeur de recherche
--	------------------------

**Jury d'évaluation :**

---

Frédéric Dionne, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directeur de recherche
--	------------------------

---

Frédéric Langlois, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	évaluateur interne
--	--------------------

---

Dominique Lorrain, Ph. D. Université de Sherbrooke	évaluateur externe
---	--------------------

## Sommaire

La douleur chronique (DC) est un problème fréquent et complexe, qui a des répercussions importantes sur le fonctionnement physique et psychologique. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est une intervention psychologique efficace dans la gestion de la DC. Toutefois, plusieurs obstacles limitent son accessibilité. La mise en œuvre d'interventions d'autogestion (*self-help*), incluant la bibliothérapie (intervention psychothérapeutique menée par le biais d'un livre), pourrait être une option prometteuse pour améliorer l'accessibilité aux traitements tout en offrant un rapport coût-efficacité avantageux. L'objectif général de cet essai aléatoire, mené auprès de 130 participants souffrant de DC dans la communauté, est d'évaluer l'efficacité d'une intervention psychologique d'autogestion de huit semaines, sous forme de bibliothérapie avec contact thérapeutique minimal basée sur l'ACT dans la gestion de la DC, comparativement à un groupe contrôle en liste d'attente. Les hypothèses de recherche ont été confirmées. Premièrement, tel qu'attendu, les analyses démontrent une amélioration de la qualité de vie) avant et après l'intervention, comparativement au groupe contrôle (liste d'attente). Deuxièmement, l'intervention a permis la diminution des symptômes anxieux chez les participants. Troisièmement, les résultats ont montré que les participants à l'intervention d'autogestion ACT présentaient un degré moins élevé de fusion cognitive à la fin de l'intervention. Quatrièmement, les participants ont indiqué qu'une bibliothérapie incluant un contact minimal avec un thérapeute était acceptable et utile. La majorité de ceux-ci la recommanderait à un ami ayant la même problématique.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	vii
Liste des figures .....	viii
Liste des acronymes et des abréviations .....	ix
Remerciements .....	x
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	3
Prévalence et l'ampleur de la douleur chronique .....	4
Classification des types de douleurs .....	6
Définition de la douleur chronique dans une perspective multidimensionnelle .....	7
Conséquences de la douleur chronique .....	8
Qualité de vie .....	8
L'interférence liée à la douleur .....	10
Répercussion sur la santé mentale .....	11
Dépression .....	11
Anxiété .....	11
Facteurs explicatifs de la douleur chronique .....	13
La dramatisation de la douleur .....	13
La kinésiophobie .....	14
La fusion cognitive .....	15
Intervention psychologique pour la douleur chronique .....	16

Thérapie cognitive et comportementale de la douleur .....	16
Efficacité et limites de la TCC traditionnelle pour la douleur .....	17
La thérapie d'acceptation et d'engagement.....	18
Modèle de psychopathologie de l'ACT .....	20
Efficacité de l'ACT pour la douleur .....	22
Intérêt de l'ACT pour la DC et limites .....	23
Les traitements psychologiques d'autogestion pour la douleur .....	24
Définition des interventions d'autogestion .....	24
Avantages des interventions d'autogestion.....	25
Efficacité des interventions d'autogestion basées sur l'ACT .....	25
Efficacité d'un traitement Web pour la douleur .....	26
Efficacité de la bibliothérapie pour la douleur.....	27
Limites dans la littérature et apport de l'étude.....	29
Méthode.....	33
Recrutement .....	34
Participants.....	35
Données descriptives .....	37
Intervention et déroulement .....	37
Devis de recherche .....	39
Instruments de mesure .....	40
Questionnaire de la qualité de vie (forme abrégée) SF-12 .....	40
Échelle d'évaluation de l'anxiété généralisée (GAD-7) .....	41

Questionnaire de fusion cognitive (CFQ) .....	41
Satisfaction à l'égard de l'intervention .....	42
Analyses statistiques .....	43
Résultats .....	44
Qualité de vie (variable principale) : fonctionnement mental.....	45
Qualité de vie (variable principale) : fonctionnement physique .....	46
Anxiété (variable secondaire) .....	47
Fusion cognitive (variable de processus) .....	48
Satisfaction des participants de la bibliothérapie .....	49
Discussion .....	54
Limites .....	60
Conclusion .....	63
Références .....	66
Appendice. Tableau 2. Données sociodémographiques.....	78

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Les processus de la flexibilité psychologique de la thérapie d'acceptation et d'engagement appliqués à la DC selon Hayes et al. (2012).....	20
2	Données sociodémographiques .....	79
3	Protocole d'intervention .....	38
4	Réponse des participants au questionnaire de satisfaction de l'intervention .....	52



## Liste des figures

### Figure

1	Flux des participants tout au long de l'étude .....	36
2	Représentation graphique des scores moyens de fonctionnement mental entre le pré-test et le post-test pour les groupes ACT et pour la condition contrôle (liste d'attente).....	46
3	Représentation graphique des scores moyens de fonctionnement physique entre le pré-test et le post-test pour les groupes ACT et pour la condition contrôle (liste d'attente) .....	47
4	Représentation graphique des scores moyens d'anxiété entre le pré-test et le post-test pour les groupes ACT et pour la condition contrôle (liste d'attente) ....	48
5	Représentation graphique des scores moyens de fusion cognitive entre le pré-test et le post-test pour les groupes ACT et pour la condition contrôle (liste d'attente).....	49

### **Liste des acronymes et des abréviations**

ACT	Thérapie d'acceptation et d'engagement
DC	Douleur chronique
ECR	Essais aléatoires contrôlés
IASP	International Association for the Study of Pain
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

## **Remerciements**

Je tiens à remercier personnellement tous ceux qui ont joué un rôle en me soutenant pendant que je réalisais mes rêves. Sans chacun de vous, rien de tout cela n'aurait été possible. Je suis infiniment reconnaissante à Monsieur Frédérick Dionne, mon directeur de recherche. Le chemin menant à l'obtention de ce diplôme n'a pas été facile, mais vous m'avez constamment soutenu dans la réalisation d'un projet tout aussi intense que ce parcours académique. Votre attitude positive, vos encouragements et votre sensibilité se sont manifestés dans les bons moments. Votre expertise dans le domaine de la recherche de même que votre encadrement ont été une source de réconfort et de motivation constante.

Je suis également à jamais redevable à mes parents de même qu'à mes deux demi-frères et ma petite sœur, qui ont été une source infinie d'amour, de soutien et de compréhension; en particulier lors de mes absences, des nuits à m'isoler à faire de la rédaction et les périodes de temps limitées en votre présence. Un merci spécial à ma grand-mère maternelle qui m'a enseigné toute jeune à lever le menton haut et à foncer tête première malgré les doutes; à ma mère qui a toujours su trouver les mots justes et réconfortants lorsque je vivais des épreuves personnelles qui se sont ajoutées à la pression quotidienne des études; à mon père qui m'a permis de souffler et décrocher dans les moments opportuns, que ce soit lors d'une activité dans une région du Québec (notre beau pays) ou les deux pieds dans le sable de la Floride. Et un dernier immense merci et sincère à mes amis, autant ceux qui ont été de passage que ceux qui sont toujours présents. Vous

aurez tous et chacun contribué à mon développement personnel sur des plans différents de la personne que je suis devenue aujourd'hui. Un apprentissage plus riche encore que ce que ces études m'ont permis. Ces amis se reconnaîtront.

Finalement, à vous tous que j'ai emmerdé pendant des années, vous qui m'avez entendu dire au minimum un million de fois - « Je ne peux pas, je travaille sur mon essai » - sachez que malgré tout, j'ai toujours senti votre soutien inconditionnel jusqu'à sa toute fin.

Je suis enfin capable de dire les mots que je ne pensais jamais pouvoir prononcer :  
« J'ai fini ».

## **Introduction**

La douleur chronique (DC) est une problématique aux conséquences importantes, tant sur le plan social qu'individuel. En effet, au Canada, on dénote des dépenses de plus de 500 millions de dollars en perte de salaire, d'invalidité et de soins de santé (Canadian Pain Coalition, 2013). Outre le fardeau économique associé à la DC, elle est associée à une forte prévalence de troubles concomitants tels que les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et l'abus de substances (Demyttenaere et al., 2007).

Parmi les modèles thérapeutiques pour la DC, l'Association américaine de psychologie (Society of Clinical Psychology & American Psychological Association, Division 12, 2011) considère que la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy* ou *ACT*) est une approche « hautement validée » (*well-established treatment*) dans la prise en charge de la DC. Cependant, l'accessibilité des interventions psychologiques demeure un défi. Peu de gens ont accès à des interventions psychologiques en raison du temps d'attente, de l'éloignement des grands centres ou des coûts associés (Cavanagh, Strauss, Forder, & Jones, 2014).

L'objectif général de cet essai est d'évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention self-help ACT pour des personnes souffrant de DC. Pour ce faire, l'essai est divisé en cinq sections : le Contexte théorique, la Méthode, les Résultats, la Discussion et la Conclusion.

## **Contexte théorique**

La DC est un phénomène complexe et mal compris. Approfondir les connaissances sur le sujet s'avère nécessaire afin de développer de nouvelles approches préventives et de gestion de la douleur. Trois sections composent le Contexte théorique, la première visant à définir la DC, sa prévalence et les conséquences de celle-ci sur divers aspects de la vie. La deuxième porte sur les différents modèles théoriques explicatifs de la douleur, et notamment l'ACT en présentant son modèle thérapeutique ainsi que les études d'efficacité disponibles dans la littérature. La troisième aborde les interventions d'autogestion, leurs avantages et limites, les différents types de support disponibles, leur efficacité et plus spécifiquement les interventions d'autogestion basées sur l'ACT. En dernier lieu, l'objectif et les questions de recherche sont présentés.

### **Prévalence et l'ampleur de la douleur chronique**

Selon de récentes données d'une enquête épidémiologique, la DC est un problème de santé publique qui touche trois personnes sur dix dans le monde entier (Steingrimsdóttir, Landmark, Macfarlane, & Nielsen, 2017). Une étude de Schopflocher, Taenzer et Jovey (2011) indique que la prévalence de la DC se situait à 16 % chez les Canadiens de plus de 18 ans. Toujours selon cette étude, elle était plus élevée chez les adultes plus âgés, et les femmes présentaient une prévalence plus élevée à un âge avancé que les hommes (31,5 % chez les femmes et 22,2 % chez les hommes âgés de 66 ans et plus). Environ la moitié des participants ont mentionné en souffrir depuis plus de dix ans. Environ le tiers des



participants ont signalé des DC en évaluant l'intensité dans la catégorie « très grave ». Les données les plus récentes répertoriées provenant de l'ESCC de 2011-2012 (Gilmour, 2015) estiment à 6 millions le nombre de Canadiens âgés de plus de 18 ans faisant état de DC, ce qui représente 22 % des Canadiens. Ces données soulèvent une forte augmentation de ce trouble de santé comparativement au 16 % répertorié par l'étude de Schopflocher et ses collègues en 2011. Plus particulièrement, les estimations canadiennes indiquent une prévalence plus élevée parmi les personnes présentant d'autres troubles chroniques associés ou comorbides (p. ex., l'anxiété et la dépression). Les femmes et les personnes vieillissantes sont également plus touchées (Reid, Eccleston, & Pillemer, 2015).

En bref, selon les études recensées, cette condition augmente considérablement dans la population canadienne (Gilmour, 2015; Schopflocher et al., 2011). Celle-ci touche davantage les femmes (Mansfield, Sim, Jordan, & Jordan, 2016) et serait plus fréquente à un âge plus avancé (Schopflocher et al., 2011). Cette dernière association révèle à quel point il importe d'améliorer nos connaissances des déterminants de la DC, des impacts et du traitement. Une prise en charge efficace de cette problématique constitue un enjeu énorme de santé publique, d'autant plus que selon de récentes projections de Statistique Canada, les personnes âgées représenteront près d'un quart de la population d'ici 2031 (Martel, Caron-Malenfant, Vézina, & Bélanger, 2007).

### **Classification des types de douleurs**

La douleur est une sensation physiologique normale qui protège l'organisme en informant l'individu de la présence d'un potentiel stimuli nocif (p. ex., blessures ou une maladie). Les gens ressentent de la douleur lorsqu'un signal traverse les fibres nerveuses jusqu'au cerveau pour être interprété. L'interprétation par le cerveau de ces signaux et l'efficacité du canal de communication entre les nocicepteurs et le cerveau dictent comment un individu ressent la douleur.

On distingue généralement deux types de douleur : la douleur aiguë et la DC. La douleur aiguë survient généralement soudainement et a une durée limitée. Il s'agit généralement d'une sensation douloureuse, soit transitoire comme celle qui fait suite à un traumatisme modéré, soit plus durable comme celle qui révèle une maladie, dans ce cas, réversible lorsque la blessure est traitée (Basbaum, Bautista, Scherrer, & Julius, 2009). Dans d'autres cas, la douleur persiste malgré la guérison de la blessure initiale ou même s'il n'y a aucune lésion évidente des tissus et en de tels cas, elle est dite « chronique » (Narouze et al., 2015). Comparativement à la douleur aiguë, la DC fait référence à une douleur qui est ressentie au moins la moitié du temps, depuis plus de trois mois et qui n'a pas de valeur biologique et/ou adaptative (Kennedy & Abd-Elsayed, 2019).

Plus récemment, la dernière édition du Manuel de diagnostic de la CIM-11 a proposé de diviser la DC en deux sous-entités : la DC en tant que maladie (primaire) et la DC comme un symptôme (secondaire) (Treede et al., 2015). D'abord, la DC primaire est

définie comme une maladie en soi, c'est-à-dire qu'elle n'est pas mieux expliquée par une autre condition de santé. Selon cette nouvelle classification, les critères diagnostiques incluent la durée de la douleur (généralement supérieure à trois mois) et les conséquences de cette condition douloureuse sur l'individu, telles que la détresse émotionnelle et l'incapacité liée à la douleur (interférences dans les activités quotidiennes et dans la participation à des rôles sociaux (Treede, 2018). Des exemples de DC primaire sont la fibromyalgie, les douleurs lombaires chroniques non spécifiques et les troubles pour lesquels les symptômes douloureux ressentis sont indépendants d'une cause physiopathologique connue sur le plan médical. La deuxième catégorie consiste en la DC secondaire qui inclut quant à elle les symptômes douloureux associés à une maladie sous-jacente ou une pathophysiologie identifiée (comme celles liées au cancer ou aux DC post-chirurgicales) (Treede et al., 2019).

### **Définition de la douleur chronique dans une perspective multidimensionnelle**

L'expérience de la douleur est différente pour chaque personne, et il existe différentes façons de ressentir et de décrire la douleur. Cette variation peut, dans certains cas, rendre difficile la définition et le traitement de la douleur. Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) (Treede, 2018), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions. D'une part, l'expérience sensorielle consiste à la sensation de la douleur incluant sa localisation, son intensité et son irradiation. D'autre part, l'expérience émotionnelle réfère à l'aspect désagréable de cette douleur.

Cette définition illustre le rôle des composantes émotionnelles, mais également le lien particulier entre la sensation physiologique de la douleur et le vécu douloureux. Une douleur peut donc être éprouvante même lorsqu'il n'y a aucune blessure corporelle identifiée. Cette définition soulève donc qu'il n'y a aucun lien de causalité entre l'expérience de la douleur et une blessure physique. La DC est plutôt perçue comme une expérience multidimensionnelle pour laquelle l'apport biologique (le point de vue médical) est inextricable du vécu personnel et subjectif de l'individu. Or, cette condition douloureuse peut générer de multiples conséquences pour la personne qui en souffre, notamment puisqu'elle touche à la fois la sphère personnelle, sociale, familiale et professionnelle. Chacune de ces atteintes doivent être prises en compte dans l'intervention thérapeutique, car elles influencent l'expression de la douleur et la réponse au traitement.

### **Conséquences de la douleur chronique**

Comme mentionnée ci-haut, la DC peut avoir des retentissements importants chez la personne qui en souffre. Outre l'inconfort physique au quotidien, la douleur peut être à la source de bouleversements personnels, psychologiques et sociaux. La prochaine section détaillera les impacts de la douleur sur la qualité de vie, le fonctionnement quotidien et la santé mentale.

### **Qualité de vie**

Sur le plan clinique, la mesure de la qualité de vie est devenue un élément essentiel pour l'évaluation des résultats en matière de santé. Cette mesure est couramment utilisée

pour quantifier les répercussions négatives d'une douleur persistante sur le fonctionnement et aussi afin d'évaluer l'intérêt clinique (l'efficacité) d'une intervention (Jonsdottir, Aspelund, Jonsdottir, & Gunnarsdottir, 2014). Malgré cela, il n'existe aucune définition consensuelle sur la qualité de vie à ce jour. La difficulté à définir la qualité de vie réside dans le fait que ce concept est sujet à de nombreuses interprétations, tant sur le plan interpersonnel que sur la recherche empirique (Martel & Dupuis, 2006). Néanmoins, la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est la plus souvent retrouvée dans la littérature, qui la définit comme suit :

La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, relatif à ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. (The WHOQOL Group, 1994, p. 42)

Appliquée à la douleur, cette variable prend en compte non seulement la présence et la sévérité des symptômes douloureux, mais également la façon dont les manifestations de la douleur sont vécues et interprétées par l'individu. Or, il est bien établi que la combinaison d'effets physiques et psychologiques liée à la persistance de la douleur rend l'expérience d'autant plus complexe et pénible à supporter et qu'elle tend à affecter la qualité de vie globale des personnes qui en sont atteintes (Stubbs, Schofield, & Patchay, 2016). Plusieurs facteurs jouent un rôle déterminant sur cette variable. Parmi ceux-ci, certaines études ont montré que la qualité de vie peut être affectée par les incapacités reliées à la douleur (Stubbs et al., 2016) et la présence de troubles psychologiques

concomitants, tels que la dépression et l'anxiété (Toussaint et al., 2017). Une association entre la perception de la douleur (p. ex., amplification de l'intensité de la douleur perçue) et la qualité de vie a également été trouvée auprès des personnes souffrant de DC, démontrant que plus l'intensité de la douleur est rapportée comme étant élevée, plus la qualité de vie est décrite comme faible (Inoue et al., 2015). Par conséquent, un traitement qui diminue l'intensité de la douleur sans nécessairement apporter des améliorations sur le bien-être et la santé mentale pourrait être jugé comme moins efficace qu'un traitement agissant sur plusieurs sphères à la fois

### **L'interférence liée à la douleur**

Selon l'IASP, le tiers des personnes touchées par la DC font face à une détérioration significative du fonctionnement physique et/ou social (Treede et al., 2015). Les recherches existantes suggèrent que la capacité à gérer la douleur et la perception de l'intensité de la douleur sont des sources d'influence sur le fonctionnement général (Burke, Mathias, & Denson, 2015; Marchand, Saravane, & Gaumond, 2013). Ces altérations peuvent se caractériser par une restriction des activités habituelles de la vie quotidienne (p. ex., tâches ménagères) et récréatives. Dans d'autres cas, la DC peut entraîner des répercussions sur la vie professionnelle, notamment en causant une diminution de la productivité au travail, de l'absentéisme de plus ou moins longue durée, une perte d'emploi ou l'invalidité permanente (Blyth et al., 2011; Wegrzynek, Wainwright, & Ravalier, 2020).

## **Répercussion sur la santé mentale**

L'association entre la DC et la santé mentale est bien établie dans la littérature scientifique. Nicholas et al. (2011) expliquent cette association par le fait que la douleur a généralement une incidence sur le bien-être en limitant les activités de la vie quotidienne, les loisirs et les rapports sociaux; et ses perturbations contribuent à l'émergence d'une détresse psychologique et dans de pires cas, au développement de troubles de santé mentale. La dépression et l'anxiété figurent parmi les troubles concomitants les plus fréquemment retrouvés chez les personnes souffrant de DC (Marley et al., 2014).

**Dépression.** L'OMS (2017) estime que la dépression affecte près de 300 millions de personnes dans le monde et est la cause la plus fréquente d'invalidité à long terme. La dépression est un trouble concomitant fréquent chez les personnes présentant de la DC. Bien que la présence de ce trouble concomitant varie sensiblement entre les études, on estime que la dépression est deux fois plus fréquente chez les patients souffrant de douleur chronique que dans la population générale (Large, New, Strong, & Unruh, 2002).

**Anxiété.** L'anxiété ponctuelle est une réaction normale. Cependant, elle devient pathologique lorsqu'elle est vécue comme une anxiété excessive, persistante et handicapante. La présence d'une douleur persistante, de même que la gestion des symptômes douloureux, peuvent être à la source d'anxiété. D'ailleurs, avec la dépression, les troubles anxieux ont une prévalence importante chez les individus atteints de DC (O'Reilly, 2011). Une enquête populationnelle néerlandaise (N = 429) a révélé que parmi

les personnes souffrant de DC et sans antécédents de trouble anxieux, environ 16 % ont développé un trouble anxieux au cours de la période de suivi de deux ans (Scholten et al., 2013). À l'inverse, la présence d'une tendance anxieuse préexistante serait liée à un risque accru de douleur. En effet, l'anxiété peut avoir comme conséquence d'augmenter la sensibilité à la douleur (abaisser le seuil de tolérance à la douleur) et subséquemment, contribuer aux incapacités reliées à la douleur (O'Reilly, 2011). En outre, le seuil de tolérance pourrait rester faible malgré le traitement des symptômes anxieux. En effet, une étude a montré que même après avoir traité le trouble de l'anxiété, les personnes conserveraient néanmoins une intensité douloureuse plus importante que ceux n'ayant pas eu de trouble d'anxiété au préalable (Gerrits, van Marwijk, van Oppen, van der Horst, & Penninx, 2015).

En somme, les conséquences de la DC vont bien au-delà de la douleur elle-même (symptôme douloureux), puisqu'elle affecte le fonctionnement ainsi que le bien-être psychologique et social (Kusnanto, Ajustian, & Hilmanto, 2018). Les conséquences variables d'une personne à l'autre peuvent néanmoins faire obstacle à l'adaptation à la douleur (Gilmour, 2015). Or, ces résultats mettent en lumière les retentissements de la douleur sur la santé mentale, de même que l'interrelation complexe entre la douleur et les composantes psychologiques. De même, ils soulèvent l'intérêt d'améliorer la compréhension des différents facteurs qui contribuent au développement de la chronicisation de la douleur et/ou à son maintien dans le temps.



### **Facteurs explicatifs de la douleur chronique**

La relation entre le fonctionnement psychologique et les expériences douloureuses est un domaine d'étude relativement récent. Bien qu'à ce jour tous les mécanismes responsables du maintien de la douleur ne soient pas entièrement compris, de plus en plus de preuves indiquent que des variables cognitives jouent un rôle particulièrement déterminant dans l'ajustement de la douleur et la réponse au traitement (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007; Sturgeon, 2014). L'influence de certains facteurs cognitifs sur l'expérience douloureuse a fait l'objet d'une attention particulière dans les études antérieures. La prise en compte de ces facteurs peut être bénéfique à la compréhension et à la prise en charge des patients souffrant de DC. La prochaine section présentera les variables cognitives les plus souvent identifiées dans la littérature actuelle (Gatchel et al., 2007; Sturgeon, 2014).

#### **La dramatisation de la douleur**

La dramatisation de la douleur, aussi appelée la catastrophisation, fait partie des variables cognitives prépondérantes qui prédisent une difficulté d'adaptation chez les personnes souffrant de DC (Lynch-Jordan, Kashikar-Zuck, Szabova, & Goldschneider, 2013). La dramatisation de la douleur fait référence à un ensemble de pensées et d'émotions négatives liées à l'expérience douloureuse réelle ou perçue, qui peut comprendre de la rumination, une amplification de la perception de la douleur et un sentiment d'impuissance (Bennett, Meulders, Baeyens, & Vlaeyen, 2015). La dramatisation à la douleur peut être associée à des niveaux plus élevés de douleur et de

souffrance psychologique (Moseley & Butler, 2015). Par exemple, pour les personnes subissant une intervention chirurgicale, la présence de la dramatisation à propos de la douleur prédit la sévérité de la douleur postopératoire ainsi que le développement ultérieur de la DC (Khan et al., 2011). Par ailleurs, un travail thérapeutique sur ces cognitions apporte des améliorations au niveau du fonctionnement physique et psychologique (Sturgeon, 2014), en plus de favoriser le retour au travail, indépendamment de la présence de la douleur (Thomas et al., 2010).

### **La kinésiophobie**

La kinésiophobie ou la peur du mouvement est un autre mécanisme psychologique qui influence l'expérience douloureuse, notamment en contribuant à l'adoption de comportements d'évitement (Colloca et al., 2017). La kinésiophobie est définie comme une inquiétude excessive (émotion de peur) concernant la possibilité de déclencher la douleur en s'activant ou par crainte d'aggraver la condition physique actuelle (Crombez, Eccleston, van Damme, Vlaeyen, & Karoly, 2012). Ces inquiétudes sont directement liées à la perception qu'a l'individu d'un risque de récurrence de la douleur et peuvent pousser certaines personnes à éviter certains mouvements et activités susceptibles d'amplifier leur douleur (Bailey, Carleton, Vlaeyen, & Asmundson., 2010; Larsson, Hansson, Sundquist, & Jakobsson, 2016). Or, sur une durée prolongée, la baisse du niveau d'activité conséquente à la peur liée à la douleur accroît les incapacités reliées à la douleur et la détresse émotionnelle (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004).

### **La fusion cognitive**

La fusion cognitive est également un processus psychologique prometteur en lien avec la DC (Hughes, Clark, Colclough, Dale, McMillan, 2017). Issue de l'approche de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006), la fusion est décrite comme un processus lors duquel l'individu devient absorbé dans ses pensées, au point où ces phénomènes psychologiques régulent de façon excessive le comportement (Yu, Norton, & McCracken, 2017). Il y a lieu de croire que la difficulté à séparer les pensées de la réalité soit susceptible de provoquer des conséquences émotionnelles et influencer l'expérience douloureuse. Les résultats d'une étude ont d'ailleurs soulevé que la fusion cognitive était significativement associée au développement de symptômes anxieux et à la dépression (Gillanders et al., 2014). De plus, une étude corrélationnelle a démontré que la fusion cognitive accroît d'autres processus cognitifs contribuant négativement à l'expérience douloureuse, tels que la dramatisation de la douleur et la rumination (Scott, McCracken, & Norton, 2016). Enfin, ce facteur psychologique serait un important facteur prédicteur de la diminution de la qualité de vie, et ce, autant chez les adultes que chez les adolescents atteints de DC (Gillanders, Sinclair, MacLean, & Jardine, 2015; Solé et al., 2016).

En somme, la prise en compte des facteurs cognitifs et leur influence sur la douleur s'avère prometteuse dans une perspective d'intervention, les facteurs impliqués présentés précédemment peuvent être des cibles de traitement favorables au rétablissement de l'individu (Linton & Shaw, 2011).

### **Intervention psychologique pour la douleur chronique**

Tel que mentionné, la DC est complexe, multifactorielle et les manifestations varient d'une personne à l'autre. Certains auteurs suggèrent qu'un modèle de traitement biomédical, axé sur les causes biologiques (p. ex., la médication), est insuffisant pour traiter la DC dans son ensemble (Colloca et al., 2017). De ce fait, les recommandations internationales actuelles préconisent une prise en charge multidisciplinaire des DC, qui implique aussi bien des traitements médicamenteux que des mesures non pharmacologiques (Gatchel, McGeary, McGeary, & Lippe, 2014). Parmi les interventions thérapeutiques non médicamenteuses, les interventions psychologiques et plus particulièrement celles issues de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sont maintenant considérées comme un standard dans le traitement des troubles douloureux (Sturgeon, 2014). En outre, la thérapie cognitive et l'ACT représentent des interventions probantes en gestion de la DC (Bee, McBeth, MacFarlane, & Lovell, 2016). La thérapie cognitive et l'ACT, ainsi que leur efficacité et leurs limites, sont discutées plus en détails dans la section suivante.

### **Thérapie cognitive et comportementale de la douleur**

D'abord, la TCC a été développée au cours des années 1950 et elle constitue l'un des premiers modèles thérapeutiques appliqués à la douleur. La TCC est celle qui est la plus appuyée empiriquement (Ehde, Dillworth, & Turner, 2014). Le postulat de base de cette approche est que les pensées et croyances de l'individu jouent un rôle fondamental sur les émotions et l'adoption des comportements problématiques. Autrement dit, le

développement et le maintien des incapacités reliées à la douleur sont influencés principalement par les variables psychologiques (pensées, émotions et comportements) (Sullivan et al., 2006). Elle suggère également que les attitudes, les attributions, les croyances et les interprétations de l'individu sont des variables centrales dans la compréhension et le maintien des psychopathologies (Ehde et al., 2014). Appliquée à la DC, la TCC vise particulièrement les changements cognitifs tels que la prise de conscience, la correction de pensées et croyances inadaptées (p. ex., dramatisation de la douleur) et une meilleure gestion des émotions liées à la douleur (p. ex., colère, kinésiophobie, anxiété). Les méthodes majoritairement utilisées pour la douleur comprennent entre autres le questionnement socratique, la restructuration cognitive, l'entraînement à la relaxation et une formation à la résolution de problèmes (Ehde et al., 2014). Des changements comportementaux sont combinés aux stratégies cognitives, comme l'activation comportementale et l'exposition in vivo (Eccleston, Morley, & Williams, 2013).

### **Efficacité et limites de la TCC traditionnelle pour la douleur**

Bien que la TCC traditionnelle présente des appuis scientifiques dans la gestion de la douleur, elle a récemment fait l'objet de quelques critiques sur les plans théorique et clinique. Tout d'abord, les recherches effectuées jusqu'à présent ont montré que l'efficacité des stratégies cognitives (p. ex., restructuration cognitive) n'est pas supérieure à celles qui visent davantage les comportements dans la réussite du traitement, ce qui remettrait en cause la contribution spécifique des cognitions en tant que variable

médiatrice au changement (Somers et al., 2016). De plus, tous ne répondent pas de façon favorable aux interventions découlant de la TCC (Vowles & McCracken, 2010). Par exemple, le traitement serait moins efficace auprès des individus qui présentent des symptômes dépressifs d'une forte intensité et qui voient leur condition douloureuse comme une situation négative et incontrôlable (McCracken & Turk, 2002). Finalement, certains chercheurs ont proposé que les effets de la TCC traditionnelle sont au mieux modérément efficaces et ne sont généralement pas maintenus à long terme (Pincus & McCracken, 2013).

### **La thérapie d'acceptation et d'engagement**

Plus récemment, l'ACT de la « troisième vague » de la TCC bénéficie d'une base de données croissante en faveur de son efficacité pour améliorer les résultats de la DC (French, Golijani-Moghaddam, & Schroder, 2017). Cette thérapie a été développée pour tenter de pallier les limites de la TCC traditionnelle et de s'ajuster aux nouvelles connaissances issues des recherches fondamentales en psychopathologie. Alors que la TCC traditionnelle vise davantage le contrôle de la douleur par la modification du contenu ou la fréquence des phénomènes psychologiques (pensées, émotions et comportements), l'ACT vise plutôt l'acceptation sans jugement de ce qui est hors de contrôle (p. ex., des pensées ou sensations douloureuses). L'objectif central de cette thérapie consiste en l'amélioration de la flexibilité psychologique (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012).

Pour l'ACT, la flexibilité psychologique se définit par l'habileté à être pleinement conscient du moment présent et à poser des actions qui sont conformes à ses valeurs personnelles, et ce, indépendamment des expériences physiques et psychologiques aversives, telles que la douleur (Neveu & Dionne, 2010). Selon l'approche thérapeutique de l'ACT, la flexibilité psychologique peut être augmentée à l'aide d'interventions visant six processus distincts, mais complémentaires : (1) l'acceptation (la personne accepte ses expériences désagréables sans chercher à les éviter); (2) la défusion cognitive (elle ne se laisse pas envahir ou contrôler par ses pensées); (3) la présence attentive (elle porte attention, sans jugement, à son expérience telle qu'elle se déploie dans l'instant présent); (4) le soi observateur (elle observe les pensées, les émotions et les sensations qui l'habitent sans chercher à les changer); (5) les valeurs (elle connaît les valeurs qui sont importantes pour elle); et (6) les actions fonctionnelles (elle s'engage dans des actions congruentes avec ses valeurs) (Hayes et al., 2001) (voir Tableau 1).

Tableau 1

*Les processus de la flexibilité psychologique de la thérapie d'acceptation et d'engagement appliqués à la DC selon Hayes et al. (2012)*

Processus	Définitions
Acceptation	Habilité qui consiste à accueillir les sensations désagréables comme la douleur, les pensées négatives, de façon à poursuivre les activités importantes pour soi
Défusion cognitive	Habilités qui permettent de se détacher de ses pensées et de les considérer comme des conceptions de l'esprit et du langage qui ne constituent pas nécessairement des expériences réelles ou des vérités absolues.
Moment présent et flexibilité psychologique	Habilités qui consistent à : (1) reconnaître que l'on est absorbé par ses pensées, généralement orientées vers le passé (comme les ruminations au sujet de la douleur) ou le futur (comme les inquiétudes); (2) ramener son attention sur le moment présent (p. ex., sur l'exécution d'une tâche ou d'une activité).
Soi contexte et prise de perspective	Habilité qui permet de prendre une distance, de se « dé-identifier » de ses sensations douloureuses, de ses pensées et de ses émotions afin d'expérimenter un soi distinct de ces événements psychologiques.
Valeurs	Habilités à définir ses valeurs personnelles. Une valeur est une source de renforcement positif, intrinsèque et durable pour l'individu (relations familiales, sociales, professionnelles, etc.).
Action engagée	Habilités qui consistent à se mettre en mouvement ou à changer les cours de ses actions de façon flexible, en direction de ses valeurs personnelles, et ce, en dépit des obstacles intérieurs (douleur, pensées, émotions).

### **Modèle de psychopathologie de l'ACT**

Inversement à la flexibilité psychologique, l'ACT propose un modèle psychopathologique dans lequel les difficultés psychologiques sont en partie tributaires de la rigidité psychologique, c'est-à-dire l'incapacité d'agir selon ses valeurs en présence d'événements psychologiques perturbateurs, tels que les pensées catastrophiques liées à la douleur. Sur le plan théorique de l'ACT, bien que les six processus de bases soient



interdépendants, certains auteurs suggèrent que la fusion cognitive et l'évitement expérientiel sont deux processus centraux impliqués dans le développement et le maintien de la plupart des formes de la psychopathologie et de la souffrance psychologique (Gillanders et al., 2014; Hayes et al., 2012).

La fusion cognitive fait référence à l'évaluation négative et à l'enchevêtrement avec des pensées associées à l'expérience douloureuse, comme mentionné plus tôt dans cet essai. L'évitement expérientiel réfère aux efforts déployés pour contrôler les expériences internes (pensées, émotions et sensations) en tentant de les éviter ou d'en réduire la fréquence. Selon les études réalisées jusqu'à présent, la fusion cognitive et l'évitement expérientiel contribuent négativement à l'expérience douloureuse (Hayes et al., 2012). Précisément, ces processus sont associés à la diminution de la qualité de vie (Trompetter, Bohlmeijer, Veehof, & Schreurs, 2014), au développement de troubles psychologiques, tels que l'anxiété (Fergus, 2015), à une évaluation négative de l'intensité de la douleur et finalement, aux incapacités reliées à la douleur (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2018). Or, les objectifs cliniques généraux de cette approche sont d'amoindrir le pouvoir des phénomènes psychologiques à l'origine des comportements d'évitement et de favoriser un contexte alternatif où le comportement est davantage influencé et conforme aux valeurs de la personne (Hayes et al., 2014).

### **Efficacité de l'ACT pour la douleur**

L'ACT a été reconnue par l'APA comme étant une thérapie fondée sur des données probantes pour le traitement de la DC. Elle s'est avérée efficace pour traiter la DC ainsi que les troubles émotionnels concomitants (Yu et al., 2017). Jusqu'à présent, les revues systématiques montrent que l'ACT peut engendrer des améliorations significatives sur une variété de résultats comme le fonctionnement physique et psychologique, la qualité de vie, l'acceptation, l'incapacité reliée à la douleur et l'utilisation des soins de santé (Hughes et al., 2017; Ost, 2014). Une revue systématique de Hann et McCracken (2014) suggère aussi que les gens ont un plus grand taux de satisfaction envers la thérapie ACT que la TCC traditionnelle.

Plus récemment, Hughes et ses collaborateurs (2017) ont fourni une mise à jour des preuves de l'ACT dans le traitement des personnes souffrant de DC. Onze essais aléatoires contrôlés (ECR) ont été inclus dans leur revue. Les auteurs ont confirmé la supériorité de l'ACT par rapport aux conditions de contrôle passives (liste d'attente, soins habituels) pour l'amélioration à la fois de l'acceptation de la douleur (taille d'effet moyenne à grande) et du fonctionnement (effet de petite taille) comme résultats principaux. Aucun effet du traitement n'a été observé en ce qui concerne les résultats sur l'intensité de la douleur, ce qui fait sens avec certaines études qui ont révélé des résultats au mieux modérés de l'intensité de la douleur (Hann & McCracken, 2014). Néanmoins, les tenants de l'ACT rappellent que cette approche vise principalement l'acceptation de la douleur et à l'amélioration de la qualité de vie plutôt que la diminution des symptômes douloureux et,

par conséquent, ces résultats sont conformes au modèle thérapeutique (Hughes et al., 2017).

### **Intérêt de l'ACT pour la DC et limites**

L'utilisation des interventions psychologiques basées sur des données probantes, telles que l'ACT, est un moyen efficace de traiter les aspects émotionnels et sociaux des personnes souffrant de DC (Scott & McCracken, 2015). Cependant, son accessibilité est limitée par de nombreuses contraintes telles que les coûts élevés ainsi que la difficulté des individus à accéder à une clinique spécialisée en raison de temps d'attente prolongé et des pénuries de professionnels de la santé qualifiés et formés à ces approches (Choinière et al., 2010). D'autres limites peuvent être d'ordre personnel. Par exemple, certaines personnes peuvent être réticentes à accepter un traitement en face à face en raison des préjugés ou de la stigmatisation qui peuvent être associés à l'utilisation de ces services et en tel cas, préférer ne pas s'engager dans un tel processus thérapeutique (Martz, 2017). En outre, les différents enjeux entourant la prise en charge de la DC a permis d'optimiser les interventions visant la gestion de cette problématique. La mise en œuvre d'un continuum de soins et de services intégrés fournissant une combinaison de traitements, incluant des interventions d'autogestion, constitue une réponse potentielle aux défis rencontrés (Scott & McCracken, 2015).

### **Les traitements psychologiques d'autogestion pour la douleur**

L'utilisation des interventions d'autogestion est désormais recommandée dans les guides de bonnes pratiques pour la prise en charge de la DC au Québec (Busse et al., 2017). Les interventions d'autogestion ont été intégrées dans un modèle de soins qui préconise un rôle actif des personnes dans la prise en charge de leur condition de santé (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002). L'ACT s'est avérée être l'une des approches les plus efficaces pour promouvoir l'autogestion à tous les âges et dans une variété de conditions de santé, y compris la DC. Les résultats de quelques revues systématiques rapportent entre autres que les interventions d'autogestion basées sur l'ACT ont des effets bénéfiques sur la santé psychologique, en particulier lorsqu'elles sont accompagnées d'un soutien thérapeutique minimal (French et al., 2017).

### **Définition des interventions d'autogestion**

Les interventions d'autogestion correspondent à des traitements psychologiques standardisés (basées sur des données probantes) dans lesquels du matériel thérapeutique est proposé par le biais d'un livre (bibliothérapie : Buhrman et al., 2013; Johnston, Foster, Shennan, Starkey, & Johnson, 2010; Thorsell et al., 2011), de plateformes Web (Trompetter et al., 2014) ou d'applications mobiles (Lalloo, Jibb, Rivera, Agarwal, & Stinson, 2015), et qui prévoient généralement un contact minimal avec un intervenant (French et al., 2017).

### **Avantages des interventions d'autogestion**

Les avantages d'inclure les interventions d'autogestion dans les approches de traitement de la DC sont nombreux. D'abord, cette modalité de traitement s'avère utile pour susciter une participation active des individus dans la gestion de leur santé et leur bien-être, et subséquemment, augmente leur capacité à poser des gestes au quotidien pour améliorer leur qualité de vie. De plus, elles sont un bon moyen d'offrir des interventions standardisées à un grand nombre de personnes pour qui l'accès à des services psychologiques peut être difficile, que ce soit pour des raisons géographiques ou économiques (Cavanagh et al., 2014). Enfin, elles sont rentables sur un plan économique, puisqu'elles ne nécessitent pas le même niveau d'implication d'un thérapeute formé en comparaison aux interventions administrées en face à face (Andersson & Titov, 2014).

### **Efficacité des interventions d'autogestion basées sur l'ACT**

Un nombre croissant d'études appuie l'utilisation des interventions d'autogestion basées sur l'ACT pour divers problèmes comportementaux, psychologiques et physiques, y compris la DC (French et al., 2017). Les preuves disponibles suggèrent une efficacité similaire aux interventions psychologiques offertes en face à face (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014). Pour plusieurs maladies chroniques, incluant la DC, la participation à ce type d'intervention a permis de diminuer la fréquence des rendez-vous de suivis et d'hospitalisations, en plus de réduire la consommation d'analgésiques (Choinière et al., 2010). Quelques revues systématiques ont conclu que les interventions d'autogestion sont efficaces pour augmenter les compétences d'acceptation et de pleine

conscience (Cavanagh et al., 2014; French et al., 2017). Une revue systématique de Cavanagh et al. (2014) a inclus 15 ECR sur les interventions d'autogestion basées sur la pleine conscience et d'acceptation et a trouvé des bénéfices statistiquement significatifs sur l'anxiété ( $g = 0,34$ ) et la dépression ( $g = 0,37$ ) par rapport aux conditions de contrôle. Plus récemment, une revue systématique incluant les résultats de 13 ECR ( $N = 2580$ ) a montré que l'application de la thérapie ACT dans un format d'autogestion, que ce soit en tant que bibliothérapie ou par le biais d'une plateforme Web et qui comprend l'intégration d'un soutien minimal d'un professionnel, génère des effets bénéfiques sur l'anxiété ( $d = 0,35$ ), la dépression ( $d = 0,34$ ) et pour la flexibilité psychologique ( $d = 0,42$ ) (French et al., 2017). Cette étude a également montré que l'augmentation de la flexibilité psychologique joue un rôle médiateur sur la santé mentale. Ces résultats sont intéressants, puisqu'ils soutiennent la théorie selon laquelle les changements dans la flexibilité psychologique augmentent les résultats de santé psychologique et le bien-être de la personne.

### **Efficacité d'un traitement Web pour la douleur**

Au cours des dernières années, on a assisté à des progrès technologiques fulgurants, à un recours croissant à la technologie et à l'utilisation du Web pour dispenser des interventions psychologiques associées à la DC (Lin et al., 2017; Trompetter et al., 2014). Les études comparant l'ACT guidée en ligne à l'absence de traitement ont rapporté des effets significatifs sur l'interférence de la douleur avec la vie quotidienne (Lin et al., 2017) et la capacité à faire face à la douleur (Simister et al., 2018). D'autres ECR ont rapporté

que la participation à une intervention ACT en ligne génère des améliorations au niveau de la santé psychologique, y compris la dépression (Trompetter et al., 2014) et la kinésiophobie (Simister et al., 2018). Toutefois, comme le soulève Shaw, Bonnet, Modarai, George et Shahsahebi (2015), cette modalité de traitement peut ne pas convenir à tous les types de groupes de la population, par exemple, les personnes souffrant de technophobie ou celles qui n'aiment pas communiquer via un ordinateur ou un appareil cellulaire. De plus, une certaine proportion de la population peut être moins familiarisée avec la technologie proposée (p. ex., personne en âge avancé) ou n'a pas toujours accès à une connexion Internet fiable, en particulier en dehors des grandes villes. Une méthode pour surmonter ces barrières est de fournir des interventions d'autogestion dans des formats qui ne dépendent pas de la technologie, telles que la bibliothérapie.

### **Efficacité de la bibliothérapie pour la douleur**

Dans le contexte clinique actuel, la bibliothérapie fait généralement référence à des interventions psychologiques qui utilisent des livres pour faciliter le développement des connaissances en santé mentale et favoriser le développement des compétences. L'efficacité d'une bibliothérapie basée sur l'ACT a été indiquée dans un certain nombre d'études (Gillanders, Ferreira, Angioni, Carvalho, & Eugenicos, 2017). Bien que préliminaires, ces résultats suggèrent que la bibliothérapie pour la gestion de la douleur qui inclut un contact minimal avec un thérapeute peut améliorer le fonctionnement physique et psychologique, la qualité de vie, et augmenter l'acceptation de la douleur (Dahl & Lundgren, 2006). Dans un ECR, Johnston et ses collaborateurs (2010) ont

comparé une bibliothérapie ACT à un groupe contrôle inactif (liste d'attente) auprès de 24 participants souffrant de DC et recrutés dans une clinique de la gestion de la douleur. Le programme, d'une durée de six semaines, comprenait un soutien thérapeutique minimal hebdomadaire par le biais d'un contact téléphonique d'une durée de 30 minutes. Les résultats suggèrent des améliorations significatives à l'égard de l'anxiété et de la qualité de vie, en faveur de la condition ACT des participants ayant complété la lecture du livre. La taille d'effet moyenne de la qualité de vie entre les deux groupes était grande ( $d = 0,91$ ). Par la suite, la bibliothérapie ACT a été comparée à un traitement d'autogestion basé sur la thérapie cognitive (stratégies de coping et la relaxation appliquée) chez un échantillon clinique souffrant de DC ( $N = 90$ ) (Thorsell et al., 2011). En plus du soutien téléphonique hebdomadaire, les participants ont reçu deux séances en face à face de 90 minutes. À la fin de l'intervention, les deux groupes de traitement ont soulevé une amélioration des symptômes anxieux et dépressifs. Cependant, les participants ayant eu accès à une thérapie ACT ont perçu une amélioration significative de leur qualité de vie, de l'acceptation de la douleur et un niveau supérieur de fonctionnement comparativement à ceux ayant participé à une TCC cognitive. Ces derniers résultats appuient donc l'utilisation d'une bibliothérapie basée sur l'approche ACT pour la gestion de la douleur. De plus, ces bénéfices se sont maintenus aux relances de six et douze mois. Globalement, les effets étaient de tailles faibles à modérées.

Plus récemment, un ECR de grande envergure (Veillette, Martel, & Dionne, 2019) comprenant 130 adultes issus de la communauté a évalué l'efficacité d'une intervention



psychologique d'autogestion de huit semaines basée sur le livre intitulé « Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'ACT » (Dionne, 2014) et comprenait un contact thérapeutique minimal (deux appels téléphoniques de 30 minutes). Les résultats ont démontré des améliorations cliniquement significatives sur l'incapacité reliée à la douleur ( $d = 0,57$ ), les symptômes dépressifs ( $d = 0,50$ ), l'acceptation ( $d = 0,79$ ) et l'inflexibilité psychologique liées à la douleur ( $d = 0,88$ ). De plus, ces améliorations se sont maintenues après la fin du programme. De manière générale, les résultats de ce ECR sont similaires aux résultats d'ECR qui a également démontré le maintien des gains allant de trois mois jusqu'à douze mois après la fin du traitement (Thorsell et al., 2011). Cela suggère que l'intervention impliquant un niveau de soutien thérapeutique minimal peut être aussi bénéfique que celle qui propose plus de contacts avec un intervenant.

### **Limites dans la littérature et apport de l'étude**

De manière générale, l'ensemble des résultats suggère qu'une intervention d'autogestion basée sur l'ACT administrée par le biais d'un livre ou via Internet permet de diminuer les impacts psychologiques de la DC et que les bénéfices sont maintenus sur le long terme. Les interventions d'autogestion basées sur les données probantes, telles que l'ACT et son intégration dans les modèles de soins, est l'une des solutions proposées pour faire face au fardeau des troubles douloureux chroniques au Canada (Conseil canadien de la santé, 2012). Malgré cela, les preuves actuelles sont insuffisantes pour aller de l'avant en implantant ce type d'intervention, autant dans la communauté générale que médicale. Comme le suggèrent Rosen et Lilienfeld (2016), il importe que les cliniciens demeurent

prudents face aux enjeux éthiques et aux dangers liés au déploiement à plus grande échelle des formats d'intervention (comme la bibliothérapie) pour lesquels l'efficacité n'a pas encore été scientifiquement établie. En effet, à l'heure actuelle, seulement quelques ECR ont évalué l'efficacité d'une intervention ACT d'autogestion que ce soit par le biais d'un livre ou via une plateforme Web, et ces études présentent des lacunes (French et al., 2017; Hughes et al., 2017). Par exemple, les récentes revues systématiques indiquent que les résultats et les tailles de l'effet varient considérablement d'une étude à l'autre pour certaines variables, tel qu'observé pour la qualité de vie et l'anxiété. Tout d'abord, certaines études ont rapporté des tailles d'effet allant de petite à modérée pour la qualité de vie, et dans certaines, les changements de cette mesure n'étaient pas statistiquement significatifs. Quant à l'anxiété, des effets de faible taille sont généralement retrouvés (Trompetter et al., 2014). Par ailleurs, les études précédentes se sont généralement concentrées sur quelques-uns des processus du modèle de la flexibilité psychologique, principalement l'acceptation et l'engagement (Eccleston et al., 2013). Pour cette raison, Hann et McCracken (2014) ont recommandé l'inclusion des autres composantes liées à ce modèle thérapeutique pour les recherches futures (Hann & McCracken, 2014). Une évaluation systématique des différents processus du modèle de flexibilité psychologique issus de l'approche ACT permettrait d'améliorer les résultats cliniques, notamment en contribuant aux connaissances sur les mécanismes de changement durant l'ACT et subséquemment, serait favorable à la mise en œuvre d'interventions adaptées aux besoins spécifiques d'une population vivant avec des DC (McCracken & Vowles, 2014).

De la même manière, l'optimisation des interventions d'autogestion pour la DC dans le système de santé dépend également de la satisfaction de la population atteinte par cette problématique, soit la mesure dans laquelle les personnes qui reçoivent l'intervention la jugent comme étant appropriée, utile et satisfaisante (Eccleston et al., 2014). Actuellement, la satisfaction par les personnes n'a pas été étudiée de façon approfondie (Sekhon, Cartwright, & Francis, 2017). Le développement de ces interventions nécessite donc une évaluation de la satisfaction la population qu'elle cible et dans ce cas-ci, les individus vivant quotidiennement avec des douleurs quotidiennes qui interfèrent avec la capacité fonctionnelle et la qualité de vie.

L'objectif de cet ECR consiste à évaluer l'efficacité et la satisfaction d'un programme d'intervention de bibliothérapie d'autogestion basée sur l'ACT de huit semaines avec un soutien thérapeutique minimal pour la DC. Cette étude repose sur les hypothèses suivantes :

- *Hypothèse 1* : Il est attendu qu'au terme de l'intervention (pré et post-test), les participants rapportent une augmentation significative de leur qualité de vie (variable principale) comparativement au groupe contrôle.
- *Hypothèse 2* : Il est attendu qu'au terme de l'intervention (pré et post-test), les participants rapportent une diminution significative de l'anxiété (variable secondaire) comparativement au groupe contrôle.
- *Hypothèse 3* : Il est attendu qu'au terme de l'intervention (pré et post-test), le processus de fusion cognitive (variable de processus) soit significativement

diminué chez les participants après l'intervention comparativement au groupe contrôle.

- *Hypothèse 4* : Il est attendu que les participants jugent que ce traitement est acceptable et satisfaisant.

## Méthode

La présente section expose les divers éléments ayant servi à la réalisation de cette étude. Elle renferme les informations relatives aux participants composant l'échantillon, aux devis de recherche, aux instruments de mesure utilisés et au déroulement de l'évaluation et de l'intervention.

### **Recrutement**

Le recrutement s'est effectué principalement en collaboration avec l'Association québécoise de la DC, une organisation regroupant des individus touchés par la DC au Québec. L'information sur l'étude a été transmise aux membres par courriel et affichée sur leur site Internet pendant la durée du recrutement. Ceux qui ont démontré de l'intérêt ont pu prendre connaissance du document explicatif de l'étude et du formulaire électronique de consentement. Ils ont été invités à remplir un questionnaire évaluant les critères d'inclusion : (1) être âgé entre 18 et 65 ans; (2) être aux prises avec une douleur depuis au moins trois mois, avec une intensité ressentie en moyenne au cours des sept derniers jours supérieure à 4 sur 10; (3) rapporter une incapacité reliée à la douleur modérée à sévère; (4) avoir une capacité de lecture du français équivalente à un secondaire II; (5) avoir un accès Internet à la maison; (6) ne pas avoir été exposé à l'approche ACT; et (7) le cas échéant, la médication doit être stable depuis au moins un mois.

### Participants

Parmi les 230 personnes intéressées à participer à l'étude et répondant aux critères d'inclusion, 140 candidats ont été sélectionnés au hasard pour assurer le nombre minimum de participants au pré-test (T1). Ces 140 participants ont été répartis aléatoirement entre deux groupes : un groupe traitement ACT ( $N = 70$ ) et un groupe contrôle (liste d'attente) ( $N = 70$ ). En remplissant cette première série de questionnaires d'autoévaluation au T1, ils ont été officiellement enregistrés dans l'étude. Au total, 130 personnes réparties aléatoirement (groupe self-help ACT :  $n = 64$ ; groupe contrôle sur liste d'attente :  $n = 66$ ) ont rempli ces questionnaires. À la fin du programme et de la période d'attente, les participants ont reçu un courriel leur demandant de remplir une deuxième série de questionnaires en ligne (post-test; T2). Pour estimer les effets du programme à plus long terme, les participants du groupe self-help ACT ont été invités à remplir une troisième série de questionnaires trois mois après l'intervention (T3). Quatre-vingts pour cent (80 %) des participants (groupe self-help ACT : 79,7 %; groupe contrôle sur liste d'attente : 80,3 %) ont terminé les évaluations pendant le T2 (voir Figure 1).

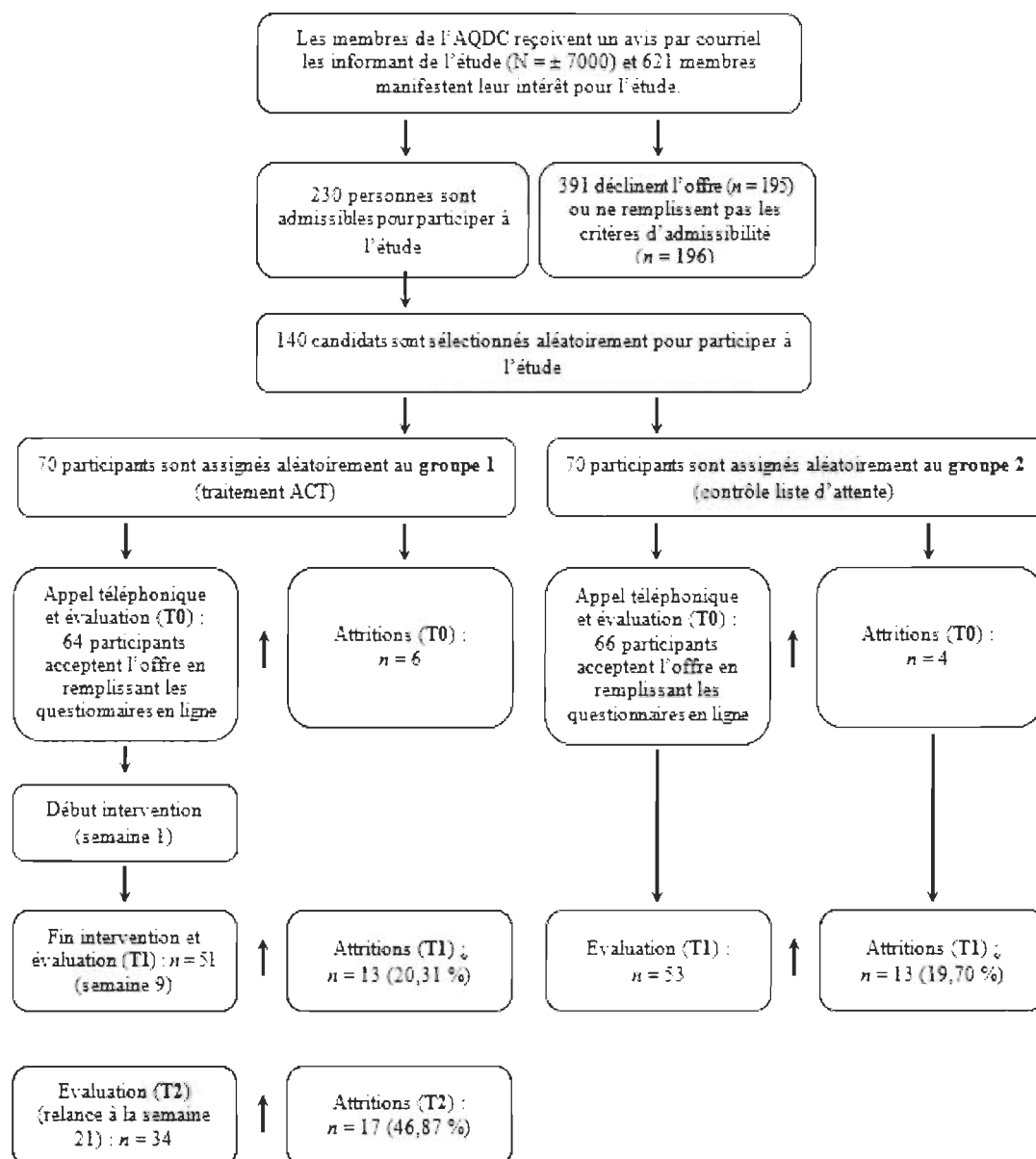


Figure 1. Flux des participants tout au long de l'étude.



### **Données descriptives**

Les données sociodémographiques sont présentées au Tableau 2 (voir Appendice). Au total, 125 personnes ont répondu aux questionnaires pré et post traitement (19 % sont des hommes et 81,5 % des femmes). L'âge moyen des participants est de 51 ans ( $\bar{ET} = 12,67$  ans). Parmi les données recueillies sur le statut occupationnel ( $n = 129$ ), un peu plus du tiers (43,08 %) des participants sont sans emploi, 18,5 % ont été déclarés invalides, 24,6 % travaillent à temps plein et 3,1 % travaillent à temps partiel ( $\leq 20$  h/sem). Près de la moitié (47,7 %) avaient terminé leurs études universitaires. Un peu plus de 41 % des participants souffraient de DC depuis plus de dix ans. L'intensité moyenne de la douleur ressentie au cours de la semaine dernière a été évaluée à 5,8 sur une échelle de 0 à 10 où 10 était la douleur maximale. Les principaux diagnostics des participants sont les douleurs multiples (40,92 %) et la fibromyalgie (38,50). Près de 18 % de l'échantillon a déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble dépressif, 16,9 % de trouble anxieux et 7,7 % des participants ont reçu plus d'un diagnostic psychologique. La majorité des participants prennent des médicaments pour soulager leur douleur (86 %).

### **Intervention et déroulement**

Le programme de huit semaines était basé sur le livre intitulé « Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'ACT » (Dionne, 2014). Le Tableau 3 présente les modules qui ont été proposés aux participants avec les différents thèmes abordés ainsi que les exercices de méditations respectifs.

Tableau 3  
*Protocole d'intervention*

Semaine	Modules	Thèmes	Exercices de méditation
0	--	Contact téléphonique	-
1	Module 1	Psychoéducation sur la DC Introduction à l'ACT Chapitres 1, 2 et 3	Observation des pensées, sensations, émotions et comportements
2	Module 2	Contrôle de la douleur et pleine-conscience Chapitres 4 et 5	Centration sur la respiration
3	Module 3	Acceptation Action engagée Chapitre 7	Prendre conscience de la respiration et englober le corps
4	Module 4	Acceptation Chapitre 8	Le balayage corporel
5	Pause	Soutien téléphonique, rattrapage et des lectures	Apprendre de la douleur du point de vue de l'observateur sage
6	Module 6	Défusion cognitive et soi, contexte Chapitre 9 et 10	Journal de méditation : Les feuilles sur la rivière
7	Module 7	Valeurs Chapitre 11	Établissez un plan d'action pour une meilleure qualité de vie
8	Module 8	Activation équilibrée (pacing) Pleine conscience Émotions Chapitre 12 et 13	L'espace respiratoire Méditation quotidienne (30 min.)

De plus, il comprenait les éléments suivants : (1) un cahier d'exercices du participant comprenant des exercices écrits à compléter pendant l'intervention (p. ex., un tableau sur lequel enregistrer ses pensées, des journaux de méditation); (2) un site Web à partir duquel des exercices de méditation pouvaient être téléchargés (<http://liberezvousdeladouleur.com/meditations/>); (3) des courriels hebdomadaires automatisés; et (4) deux appels téléphoniques d'environ 15 minutes chacun. Selon l'implication personnelle du participant, une à quatre heures par semaine étaient nécessaires pour compléter les activités du programme, y compris les questionnaires T1 et T2.

### **Devis de recherche**

Cette étude était un ECR avec deux périodes de mesure (pré-test, post-test) pour comparer les effets de l'intervention d'autogestion ACT avec un groupe contrôle sur liste d'attente. Pour ce projet, des questionnaires autorapportés ont été utilisés pour répondre aux objectifs de l'étude. La durée de passation de l'ensemble des questionnaires est évaluée de 25 à 30 minutes pour chacune des temps de mesure. Les instruments de mesure préconisés dans cette étude faisaient déjà partie d'un projet plus vaste incluant plusieurs variables (pour plus de détails, se référer à l'article de Veillette et al. (2019).

### **Instruments de mesure**

Cette sous-section présente les instruments de mesure utilisés dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité d'une intervention d'autogestion ACT auprès d'individus souffrant de DC. L'ensemble des questionnaires détaillés ci-dessous a été complété dans le même ordre pour l'ensemble des individus participant à l'intervention ACT.

#### **Questionnaire de la qualité de vie (forme abrégée) SF-12**

Ce questionnaire mesure huit aspects de la qualité de vie reprenant la définition de la qualité de vie par l'OMS (The WHOQOL Group, 1994) : état de santé général et mental, fonctionnement physique et social, santé physique et émotionnelle, douleur et vitalité. Par exemple, les participants répondent à des questions concernant leurs conditions de santé et l'impact de la douleur : « Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois votre état physique ou moral a-t-il nui à vos activités sociales (comme visiter des amis, des parents, etc.)? ». Grâce à un algorithme, les réponses aux 12 items de la SF-12 influent sur les huit domaines de qualité de vie, eux-mêmes se répartissent en deux sous-échelles portant sur un volet somatique et sur le volet psychocognitif. La composante physique comprend la santé globale, le fonctionnement physique, le rôle physique (p. ex., la capacité d'exercer des actions en fonction de son état physique), et la douleur physique. Pour sa part, la composante mentale intègre le fonctionnement émotionnel (p. ex., perceptions générales de sa santé), l'exécution d'action en fonction de l'état émotionnel, sa vitalité et son fonctionnement social (p. ex., statut fonctionnel et le temps alloué aux activités sociales). Cette mesure est largement utilisée auprès des populations atteintes de

maladies chroniques. Les scores du résumé des composantes physiques et mentales sont en corrélation de 0,91 et 0,92 avec les scores correspondants dérivés du SF-36, et les corrélations de fiabilité test-retest sur deux semaines étaient de 0,89 et 0,76. Dans la présente étude, l'alpha est de 0,89, ce qui est jugé très bon.

### **Échelle d'évaluation de l'anxiété généralisée (GAD-7)**

L'*Échelle d'évaluation de l'anxiété généralisée - 7 items* peut être utilisée afin de dépister le trouble d'anxiété généralisée ou pour indiquer la gravité de l'anxiété. La cotation s'effectue selon une échelle de type Likert en 4 points (0 = *Jamais*; 3 = *Presque tous les jours*). Par conséquent, les items évaluent la fréquence de symptômes anxieux tels que la pensée ruminative : « Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes » ainsi que la pensée catastrophique « Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver ». Cet outil possède de bonnes propriétés psychométriques (consistance interne  $\alpha = 0,92$ ; fidélité test-retest  $r = 0,83$ ). Une version canadienne-française de cet instrument a été validée. Dans la présente étude, l'alpha est de 0,91, ce qui est jugé très bon.

### **Questionnaire de fusion cognitive (CFQ)**

La version française du *Questionnaire de fusion cognitive* (CFQ; Dionne et al., 2016; version originale par Gillanders et al., 2014) est un instrument de 7 items évaluant le niveau de fusion cognitive chez les adultes. Plus précisément, celui-ci mesure l'intensité avec laquelle l'individu fusionne avec ses pensées, c'est-à-dire à quel point il prend le

contenu de ses pensées pour la réalité. La cotation s'effectue sur une échelle de Likert en 7 points allant de 1 (*Jamais vrai*) à 7 (*Toujours vrai*). Les exemples d'items sont : « Mes pensées me font souffrir ou me rendent triste » et « Je suis tellement pris(e) par mes pensées que je suis incapable de faire les choses que je veux vraiment faire ». Les scores sont compris entre 7 et 49. Plus le score est élevé, plus la fusion cognitive est importante. Lors de la validation française du CFQ (Dionne et al., 2016), les chercheurs ont mis en évidence de bonnes propriétés psychométriques, dont une cohérence interne jugée « excellente » (coefficient de Cronbach se situant entre 0,93 et 0,94), ainsi que les validités concurrentes et convergentes de l'instrument. L'alpha de la présente étude est de 0,93.

### **Satisfaction à l'égard de l'intervention**

Le *Questionnaire de satisfaction et d'acceptabilité à l'égard de l'intervention* (version de 49 items) a été rempli à la fin du traitement par le groupe traitement. Ce questionnaire maison a été développé pour collecter des perceptions à propos du programme et des interventions. La majorité des items sont cotés sur une échelle de Likert allant de 0 (*Fortement en désaccord*) à 4 (*Fortement en accord*). Les questions portant sur le thème de la « satisfaction » demandent aux répondants d'évaluer des éléments tels que « Les informations fournies étaient faciles à comprendre ». Le score est déterminé en recherchant une moyenne des scores individuels. La satisfaction de l'intervention testée a été déterminée en utilisant les perceptions des participants comme recommandé par Sekhon et al. (2017) dans leur examen de la satisfaction des interventions dans les soins de santé.

### **Analyses statistiques**

Un modèle d'analyse de variance à mesures répétées a été utilisé afin de comparer l'évolution des deux groupes avant et après le traitement, pour chaque variable indépendante. Le facteur répété est le temps. Avant de conduire les analyses de comparaison de moyennes, le postulat de normalité des données pour chaque variable à l'étude a été vérifié. Les analyses préliminaires (ANOVA à un seul facteur) ont confirmé l'égalité des conditions expérimentales et de contrôle au départ (T1), sans aucune différence significative attendue entre les moyennes pour chaque étude. Les analyses ont été conduites à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 22.

## Résultats



La section suivante présente les résultats de l'étude, variable par variable, selon les objectifs de l'étude. Le premier objectif de cette étude consiste à évaluer les effets d'une bibliothérapie ACT sur qualité de vie. Les résultats obtenus confirment l'hypothèse selon laquelle le traitement engendre une augmentation significative de la qualité de vie, tel que mesuré par le SF-12 pour le fonctionnement mental, mais pas pour le fonctionnement physique.

### **Qualité de vie (variable principale) : fonctionnement mental**

Les moyennes marginales du groupe pour pré-test et post-test sont présentées dans la Figure 2. L'analyse de l'effet principal du groupe ne révèle aucune différence significative entre le score moyen de fonctionnement mental pour les participants du groupe ACT et ceux de la condition contrôle :  $F(1, 128) = 2,59, p = 0,110, \eta^2_g = 0,017$ . L'analyse de l'effet principal du temps révèle une différence significative entre le score moyen de fonctionnement mental en fonction du temps :  $F(1, 128) = 10,40, p = 0,002, \eta^2_g = 0,012$ . Les résultats confirment la présence d'un effet d'interaction significatif :  $F(1, 128) = 6,11, p = 0,015, \eta^2_g = 0,007$  entre la condition groupe et le temps. L'analyse des effets simples en fonction du temps montre une différence significative des moyennes au post-test entre le groupe ACT et la condition de contrôle :  $F(1, 128) = 5,45, p = 0,021, \eta^2_g = 0,041$ .

L'analyse des effets simples entre les groupes montre une augmentation significative des moyennes de fonctionnement mental pour le groupe ACT au post-test :  $F(1, 63) = 15,60$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2_g = 0,037$ , mais pas pour le groupe condition de contrôle :  $F(1, 65) = 0,30$ ,  $p = 0,589$ . En somme, ces résultats signifient que les participants qui ont complété l'intervention d'autogestion ACT ont constaté une amélioration de leur qualité de vie en comparaison aux participants qui étaient sur la liste d'attente.

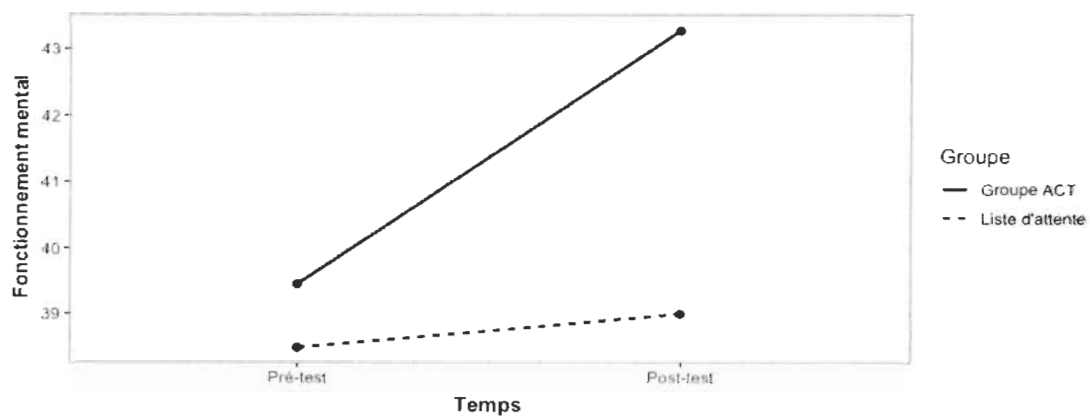


Figure 2. Représentation graphique des scores moyens de fonctionnement mental entre le pré-test et le post-test pour les groupes ACT et pour la condition contrôle (liste d'attente).

### Qualité de vie (variable principale) : fonctionnement physique

Les moyennes marginales du groupe pour pré-test et post-test sont présentées dans la Figure 3. L'analyse de l'effet principal du groupe ne révèle aucune différence significative entre le score moyen de qualité de vie pour les participants du groupe ACT et ceux de la condition contrôle :  $F(1, 128) = 0,078$ ,  $p = 0,781$ . L'analyse de l'effet principal du temps ne révèle aucune différence significative entre le score moyen du fonctionnement physique en fonction du temps :  $F(1, 128) = 0,05$ ,  $p = 0,823$ . Finalement, les résultats révèlent l'absence d'un effet d'interaction significatif :  $F(1, 128) = 1,087$ ,  $p = 0,299$ .

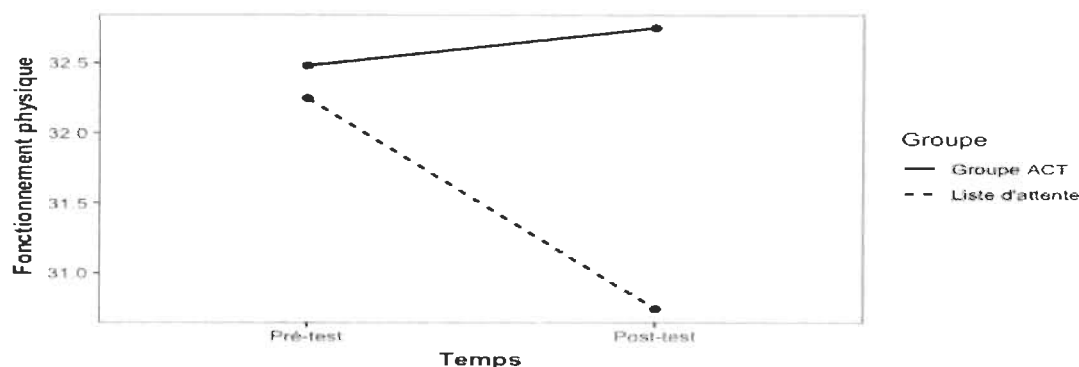


Figure 3. Représentation graphique des scores moyens de fonctionnement physique entre le pré-test et le post-test pour les groupes ACT et pour la condition contrôlée (liste d'attente).

### Anxiété (variable secondaire)

La deuxième hypothèse stipulait que le traitement engendre une réduction significative de l'anxiété, tel que mesuré par la GAD-7. Les moyennes marginales du groupe pour pré-test et post-test sont présentées dans la Figure 4. L'analyse de l'effet principal du groupe ne révèle aucune différence significative entre le score moyen d'anxiété pour les participants du groupe ACT et ceux de la condition contrôlée :  $F(1, 127) = 0,587, p = 0,445$ . L'analyse de l'effet principal du temps ne révèle aucune différence significative entre le score moyen d'anxiété en fonction du temps :  $F(1, 127) = 1,61, p = 0,207$ . Les résultats confirment la présence d'un effet d'interaction significatif :  $F(1, 127) = 10,45, p = 0,002, \eta^2_g = 0,009$  entre la condition groupe et le temps. L'analyse des effets simples en fonction du temps ne montre aucune différence significative entre le groupe ACT et la condition de contrôle. L'analyse des effets simples entre les groupes montre une réduction significative des moyennes pour le groupe ACT au post-test :  $F(1, 62) = 10,79, p = 0,002, \eta^2_g = 0,019$ , mais pas pour le groupe condition

de contrôle :  $F(1, 65) = 1,83, p = 0,18$ . Finalement, l'analyse des effets simples en fonction du temps ne montre aucune différence significative entre le groupe ACT et la condition de contrôle.

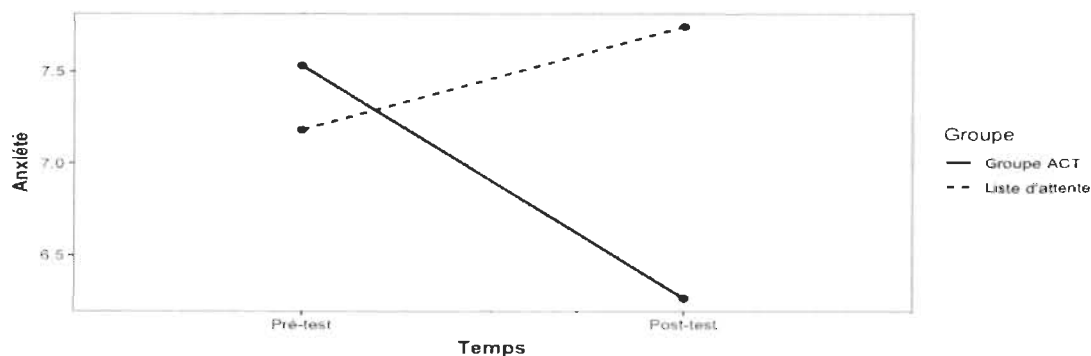


Figure 4. Représentation graphique des scores moyens d'anxiété entre le pré-test et le post-test pour les groupes ACT et pour la condition contrôle (liste d'attente).

### Fusion cognitive (variable de processus)

La troisième hypothèse voulait que le traitement engendre une diminution significative de la fusion cognitive, tel que mesuré par le CFQ. Les moyennes marginales du groupe pour pré-test et post-test sont présentées dans la Figure 5. L'analyse de l'effet principal du groupe ne révèle aucune différence significative entre le score moyen de fusion cognitive pour les participants du groupe ACT et ceux de la condition contrôle :  $F(1, 128) = 1,13, p = 0,289, \eta^2_g = 0,008$ . L'analyse de l'effet principal du temps ne révèle aucune différence significative entre le score moyen de fusion cognitive en fonction du temps :  $F(1, 128) = 3,56, p = 0,06, \eta^2_g = 0,004$ . Les résultats confirment la présence d'un effet d'interaction significatif :  $F(1, 128) = 13,78, p < 0,001, \eta^2_g = 0,01$ . L'analyse des effets simples entre les groupes montre une réduction significative des moyennes de fusion cognitive pour le groupe ACT au post-test :  $F(1, 63) = 15,99, p < 0,001, \eta^2_g = 0,03$ , mais

pas pour le groupe condition de contrôle :  $F(1, 65) = 0,30, p = 0,59$ . Finalement, l'analyse des effets principaux simples en fonction du temps montre une différence significative des moyennes au post-test entre le groupe ACT et la condition de contrôle :  $F(1, 128) = 5,44, p = 0,02, \eta^2_g = 0,04$ .

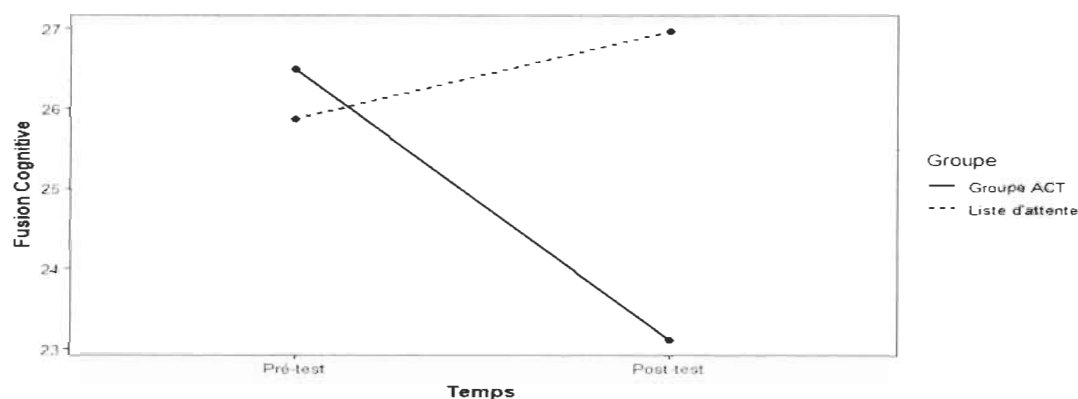


Figure 5. Représentation graphique des scores moyens de fusion cognitive entre le pré-test et le post-test pour les groupes ACT et pour la condition contrôle (liste d'attente).

### Satisfaction des participants de la bibliothérapie

La quatrième hypothèse stipulait que les participants du groupe ACT trouveraient l'intervention acceptable et satisfaisante. Pour évaluer la satisfaction de l'intervention d'autogestion ACT, cette étude s'est basée sur la satisfaction des participants pour plusieurs variables : (1) satisfaction générale des participants au traitement; (2) effet du traitement sur la qualité de vie; (3) utilité des exercices pratiques; (4) structure du traitement (p. ex., thèmes abordés, nombre de semaines allouées pour compléter le traitement); (5) satisfaction envers l'utilisation du livre de bibliothérapie; (6) niveau de soutien offert par un professionnel; et (7) effets négatifs du traitement. Les participants

(voir Tableau 4) ont répondu avec une échelle de Likert en 5 points (1 = *Fortement en désaccord*, 2 = *En désaccord*, 3 = *Neutre*, 4 = *En accord*, 5 = *Fortement en accord*).

En général, sur tous les participants du groupe ACT, 88 % étaient satisfaits de l'intervention et 92 % recommanderaient ce traitement à une personne aux prises avec une DC et 94 % ont mentionné l'intérêt à continuer à appliquer ce traitement pour améliorer leur qualité de vie. Les commentaires recueillis des participants qui se sont engagés ont mis en évidence une satisfaction des effets de l'intervention sur leur qualité de vie : « Ne pas me refuser d'aller voir mes amies et enfants à Montréal, recevoir à la maison avec enthousiasme, j'ai retrouvé ma joie de vivre, la capacité de me mettre à réaliser mes projets créatifs, choisir mes activités pour une meilleure santé... ». Au niveau des séances hebdomadaires prévues pour compléter le traitement, 38 % des participants ont trouvé le nombre total de semaines inadéquates contre 47 % qui l'ont jugé adéquat. Une grande majorité des participants ont jugé positivement l'utilisation d'une bibliothérapie (96 %), 86 % ont trouvé que le langage utilisé était accessible bien que 80 % aient mentionné que les exercices proposés dans le livre étaient difficiles à comprendre. Les participants qui se sont engagés ont déclaré que le livre utilisé pour l'intervention a été utile et accessible : « De la manière qu'est écrit le livre. C'est l'outil dont j'avais besoin! Le ton du livre est positif, facile à comprendre et l'on sent que c'est pour nous aider ». En ce qui concerne le soutien minimal d'un professionnel, 71 % des participants ont trouvé que le temps alloué aux appels téléphoniques était suffisant. Enfin, quelques participants ont signalé avoir perçu des effets négatifs à la suite de l'intervention tels que l'amplification de la

perception de la douleur : « Parfois, le fait de me centrer sur mon corps alors que mes idées étaient ailleurs ou encore le fait de volontairement aller dans ma douleur a fait en sorte de plus la ressentir (plus fortement), mais ce ne sont que des effets passagers et des observations ».

Tableau 4

*Réponse des participants au questionnaire de satisfaction de l'intervention*

Section	Question	Fortement en désaccord (%)	En désaccord (%)	Neutre (%)	En accord (%)	Fortement en accord (%)
Satisfaction globale	Globalement, je suis satisfait(e) de ce programme.	4	2	6	54	34
	Je ne recommanderais pas ce programme à d'autres personnes souffrant de DC.	60	32	2	0	6
Les stratégies enseignées pour améliorer votre qualité de vie	J'ai l'intérêt de continuer à utiliser les méthodes enseignées pour améliorer ma qualité de vie.	2	2	2	46	48
Livre et cahier du participant	Le livre et le cahier du participant sont écrits dans un langage accessible.	0	4	10	51	35
	Les exercices proposés dans le livre sont difficiles à comprendre.	39	41	18	0	2



Tableau 4 (suite)

*Réponse des participants au questionnaire de satisfaction de l'intervention*

Section	Question	Fortement en désaccord (%)	En désaccord (%)	Neutre (%)	En accord (%)	Fortement en accord (%)
Soutien	J'aurais aimé avoir plus de soutien de la part d'un intervenant.	15	27	29	25	4
Effets négatifs de l'intervention	J'ai observé des effets négatifs à la suite de l'intervention (p. ex., douleurs intenses, inconforts, etc.).	47	38	11	4	0
	Les exercices de méditation ont engendré des effets négatifs.	47	31	12	10	0

## Discussion

L'objectif général de cet essai aléatoire était d'évaluer l'efficacité et la satisfaction d'une intervention psychologique d'autogestion de huit semaines, sous forme de bibliothérapie avec contact thérapeutique minimal, basée sur l'ACT dans la gestion de la DC, comparativement à un groupe contrôle en liste d'attente. À la fin de ce programme, tel que le stipulait les hypothèses de recherche, l'ACT a eu un effet significatif sur la qualité de vie et sur les niveaux d'anxiété et de fusion cognitive chez les personnes faisant partie du groupe expérimental. De manière générale, l'utilisation d'une bibliothérapie a été jugée comme étant satisfaisante, et donc acceptable pour les participants. Une proportion importante des participants a été satisfaite et a indiqué utiliser les stratégies enseignées au quotidien. Ces résultats appuient l'efficacité et la satisfaction d'une bibliothérapie pour la gestion de la DC. À partir des données recueillies dans cet ECR et de la littérature actuelle, son utilisation est recommandée et semble une bonne option pour les personnes souffrant de DC.

En vertu de l'hypothèse 1, l'intervention a engendré une amélioration sur la qualité de vie, puisqu'il y avait une différence statistiquement significative chez les participants ayant pris part à l'intervention en comparaison à la condition de contrôle (liste d'attente). Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans l'essai clinique de Johnston et al. (2010) visant à évaluer l'efficacité d'une bibliothérapie basée sur l'ACT de six semaines auprès d'un échantillon recruté dans une clinique spécialisée ( $N = 14$ ), comparativement à

une condition liste d'attente ( $N = 5$ ). Johnston et ses collaborateurs ont rapporté que les personnes qui ont participé à l'intervention ACT ont présenté une amélioration significative de la qualité de vie en comparaison à la liste d'attente. Toutefois, malgré la similarité des résultats, il importe de mentionner que le devis de cette étude diffère quelque peu de celle qui a été réalisée par Johnston et al. En effet, la présente étude avait un échantillon plus grand provenant de la communauté et à la différence de l'étude de ces auteurs, le contact thérapeutique était très minimal. Par ailleurs, l'instrument de mesure pour la qualité de vie utilisé (SF- 12) pour cette étude n'est pas le même que celui qui a été utilisé dans l'étude de Johnston et ses collaborateurs (*Quality of Life Inventory* [QOLI]; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992). Ces variations dans le format des instruments employés est une critique généralement retrouvée dans la littérature actuelle, notamment en raison de la difficulté à comparer les études entre elles et à généraliser les résultats (French et al., 2017). Compte tenu de ce qui précède, les données récoltées concernant les effets d'une bibliothérapie ACT pour la douleur sur la qualité de vie sont jusqu'à présent préliminaires. Comme le recommandent French et ses collaborateurs (2017), des études avec des échantillons de plus grande taille sont nécessaires afin de conclure quant à l'efficacité de ce type d'intervention pour la DC.

En vertu de l'hypothèse 2, l'intervention a été associée à une réduction des symptômes anxieux des participants atteints de DC. Les résultats obtenus pour cette variable vont dans le sens de ceux trouvés dans une méta-analyse récente évaluant les interventions d'autogestion basées sur l'ACT pour la DC qui a trouvé une petite taille

d'effet pour l'anxiété ( $g = 0,35$ ; IC à 95%  $[0,09, 0,60]$ ;  $Z = 2,66$ ,  $p = 0,008$ ), en particulier lorsque les interventions étaient offertes avec le soutien minimal d'un professionnel (French et al., 2017). Comme pour la qualité de vie, les études menées sur l'efficacité des interventions d'autogestion ACT pour les symptômes anxieux chez les personnes touchées par la DC demeurent peu nombreuses et les résultats sont divergents (Brown, Glendenning, Hoon, & John, 2016).

Les résultats de la présente étude montrent néanmoins que les interventions d'autogestion par l'entremise d'un livre pourraient constituer des méthodes actuelles et empiriquement validées pour le traitement de la DC. S'inspirant des recommandations retrouvées dans les guides du National Institute for Health and Care Excellence, le gouvernement a récemment introduit le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM; Lussier-Valade, Ngô, & Leblanc, 2019). Le PQPTM s'inscrit dans une vision intégrée de l'accès aux services de santé mentale et de l'organisation de soins par étape. L'objectif est d'améliorer l'accessibilité et la qualité d'interventions fondées sur les données probantes et de consensus d'experts pour les troubles mentaux fréquents. Selon le modèle de soins par étape, le niveau d'intervention est gradué en fonction de la sévérité des symptômes : l'autosoin (les interventions d'autogestion) est proposé comme intervention de première instance pour les gens qui présentent des symptômes de faible intensité, tandis que la psychothérapie est réservée aux troubles anxieux plus sévères et/ou aux personnes non compliantes aux interventions initialement proposées. En poursuivant dans la même direction, l'ACT sous forme de bibliothérapie pourrait s'avérer une

trajectoire d'intervention pour les personnes souffrant de DC et faire partie de l'algorithme des interventions offertes par le PQPTM. Parmi les aspects positifs de la mise en œuvre de ce programme, il y a le fait qu'il mise sur le rôle actif du patient dans sa prise en charge et qu'il soutient le développement de son autonomie.

En vertu de l'hypothèse 3, l'intervention a été associée à une réduction de la fusion cognitive. À notre connaissance, parmi les études réalisées jusqu'à présent, aucune autre étude similaire à ce présent essai n'a évalué précisément la fusion cognitive en contexte de bibliothérapie pour la DC. Puisque l'ACT suggère qu'il est plus pertinent d'évaluer la relation d'une personne à ses cognitions plutôt que le contenu de la pensée en elle-même pour prédire le comportement problématique et accroître le bien-être, une telle mesure peut avoir une valeur clinique importante. Or, malgré l'importance de ce concept dans le modèle de la flexibilité psychologique, peu d'études l'ont mesuré dans un contexte de DC (Gillanders et al., 2014). Il y a pourtant un intérêt croissant pour cette variable qui pourrait constituer un processus psychologique important dans le développement et le maintien de certaines psychopathologies, comme celles associées à la DC. Il demeure toutefois qu'il y a peu d'instruments de mesure pour évaluer le processus de la fusion cognitive, notamment en français, mais la traduction et la validation récente en langue française de cet instrument permet maintenant son utilisation dans un contexte clinique (Dionne et al., 2016). En somme, d'autres études incluant des méthodes d'évaluation plus complètes sont néanmoins nécessaires pour examiner le rôle de la fusion cognitive dans la DC.

L'inclusion de cette variable dans la présente étude et les résultats positifs obtenus constituent tout de même un apport notable à la littérature existante.

En vertu de l'hypothèse 4, les résultats révèlent que les participants rapportent qu'il s'agit d'une intervention acceptable, comme en témoignent leur niveau de satisfaction générale et de satisfaction par rapport à l'intervention dans son ensemble au contenu, aux moyens, aux modalités de traitement et aux effets. À la fin de l'intervention, la majorité des participants ont rapporté qu'ils étaient satisfaits de l'intervention et la recommanderaient à une personne aux prises avec de la DC. Les résultats des participants ont également signalé que le livre utilisé pour la bibliothérapie était écrit dans un langage accessible pour le grand public et que les exercices proposés étaient faciles à comprendre. Les résultats sont cohérents avec l'hypothèse formulée, puisqu'ils montrent que les participants ont en moyenne répondu qu'ils étaient satisfaits de l'intervention et que cela les a aidés à poursuivre des actions qui contribuent à leur qualité de vie, et ce, indépendamment de la douleur. De plus, le taux d'attrition relativement bas des participants (20 %) témoigne également de la faisabilité d'une telle intervention menée à distance (Veillette et al., 2019). Seulement une minorité des participants (4 %) ont signalé avoir vécu des effets indésirables liés à la réalisation de la bibliothérapie ACT. Peu d'études explorent la variable de la satisfaction envers le programme, de même que ses effets négatifs, dans le déploiement d'une intervention comme celle qui a été proposée aux participants de cette étude. Même si cette variable peut être subjective à chacun, elle peut néanmoins refléter la mesure dans laquelle les individus vont s'engager dans le

processus et peut prédire certains comportements de personnes souffrant de DC (McCracken, Evon, & Karapas, 2002). Elle est donc importante à prendre en considération dans l'orientation de futures interventions.

### **Limites**

Cette étude comporte des limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Premièrement, les personnes ayant pris part à l'intervention sont issues de la communauté et nous ne savons pas si l'étude pourrait être applicable à un contexte d'intervention clinique pour les personnes qui consultent dans les centres antidouleurs de la province. Néanmoins, les niveaux de douleur de notre échantillon demeurent assez élevés (p. ex., 6,2/10), et plusieurs participants (52 %) apportent un trouble de santé mentale (p. ex., anxiété et dépression), ce qui porte à croire que ce type d'intervention pourrait être généralisable à une population clinique. Ces résultats se doivent néanmoins d'être répliqués avec une population clinique et dans des centres antidouleur de la province. Deuxièmement, l'absence de groupe contrôle actif (p. ex., thérapie cognitive et comportementale, éducation psychologique) ne permet pas de bien départager les effets reliés au programme d'intervention et les effets reliés à des facteurs non spécifiques (comme les attentes reliées à l'intervention). Les recherches futures devraient comparer l'intervention à un groupe contrôle actif (p. ex., une TCC ou une intervention psychoéducative) afin d'améliorer l'évaluation des effets spécifiques de l'intervention, et ce, avec de grands échantillons afin d'avoir une puissance statistique optimale. Aussi, la poursuite d'analyse de médiation afin de mieux comprendre les



processus de changement reliés à l'ACT est primordiale. Par exemple, la fusion cognitive pourrait constituer une variable essentielle à l'amélioration de la qualité de vie et à la réduction des symptômes de personnes souffrant de DC. Troisièmement, bien que la présente étude présente un faible taux d'abandon, d'autres études antérieures font face à un niveau considérable d'abandon du programme (p. ex., 50 % dans certains cas) (French et al., 2017). Bien que la majorité de ceux qui ont complété ce traitement aient rapporté des niveaux de satisfaction élevés, l'avis des individus qui ont abandonné aurait pu être intéressant afin d'identifier les possibles insatisfactions. Cela est essentiel pour guider l'intégration des interventions d'autogestion de gestion de la douleur dans les systèmes de soins de santé existants. Finalement, l'utilisation d'un questionnaire autorapporté fait maison et principalement quantitatif pour mesurer la satisfaction des participants peut être source de biais. Bien qu'une section « commentaire » ait été incluse et que les réponses recueillies permettent d'avoir un portrait de la perception des participants à l'égard du traitement, il est recommandé lors d'une évaluation de programme de conjuguer les méthodes d'analyses quantitative et qualitative pour maximiser la validité des résultats (Miller & Rollnick, 2012). En ce sens, dans une étude ultérieure, il pourrait être pertinent d'utiliser un devis qualitatif (p. ex., des entrevues semi-structurées) pour explorer le point de vue des participants quant aux effets de l'intervention. Malgré ces limites, cette étude aide à mieux comprendre les retombées des interventions d'autogestion et les avantages potentiels d'une approche basée sur l'ACT pour les individus issus de la communauté. Les résultats suggèrent qu'un matériel d'autogestion conçu pour promouvoir l'acceptation et l'engagement et n'impliquant qu'un contact minimal avec un professionnel pourrait

avoir un effet plutôt bénéfique sur la qualité de vie et la santé psychologique d'individus vivant avec des DC. De plus, ce type d'intervention pourrait avoir un excellent rapport coût-bénéfice. Son utilisation a l'avantage supplémentaire de s'intégrer dans les modèles de soins dits de faible intensité pour les gens souffrant des symptômes douloureux et émotionnels d'une intensité allant de légère à modérée, similaire à ce qui a été implanté par le PQPTM pour le traitement des troubles mentaux fréquents. Il n'en demeure pas moins que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour établir les processus de changement, de généralisation, de rentabilité et d'optimisation de l'ACT appliquée à la DC. Enfin, cette étude apporte également une contribution à la recherche limitée concernant l'efficacité d'une bibliothérapie pour la gestion de la douleur. En effet, sur le plan méthodologique, cet essai aléatoire avec groupe contrôle a permis de pallier certaines lacunes relevées dans les études antérieures telles que la taille des échantillons et la présence d'un groupe contrôle. De plus, sur le plan conceptuel, l'étude intègre une variable encore peu étudiée (la fusion cognitive et ouvre la porte sur de nouvelles avenues de recherche dans les domaines des interventions d'autogestion.

## Conclusion

La DC est une condition de santé importante au Canada et dans le monde. Elle préoccupe non seulement en raison de sa prévalence, mais également du fardeau qu'elle impose sur le fonctionnement physique et la qualité de la vie des individus, sur les coûts de productivité et sur l'utilisation des ressources de soins de santé. Actuellement, les solutions médicales et psychologiques pour la DC sont incomplètes. Bien que la douleur ait longtemps été considérée comme étant uniquement la conséquence d'une lésion corporelle, il existe actuellement un consensus à l'effet que les composantes émotionnelles et cognitives influencent d'autant plus la trajectoire des personnes souffrant de DC. L'implication des interventions psychologiques dans les programmes multidisciplinaires de la douleur, qui combinent des aspects pharmacologiques et non pharmacologiques, ont démontré l'efficacité de la gestion de la DC. L'ACT est une approche thérapeutique validée et recommandée pour le traitement de la DC, et le format actuel d'intervention pourrait avoir des retombées dans la façon d'optimiser les soins en matière de santé mentale.

À ce jour, l'accès aux traitements multidisciplinaires de gestion de la douleur au Canada est limité, avec un temps d'attente élevé qui ne permet pas aux individus d'accéder à des soins appropriés dans des délais convenables. Les interventions d'autogestion favorisent l'accessibilité aux services en plus d'offrir un rapport coûts-bénéfices avantageux.

Cette étude examinait l'efficacité d'une intervention d'autogestion de huit semaines qui intègre des éléments de l'approche ACT et des exercices de pleine conscience pour la gestion de la douleur. Les résultats de cette ECR suggèrent qu'une intervention d'autogestion basée sur l'ACT peut être associée à une amélioration sur la santé mentale et la qualité de vie.

Les recherches futures devraient continuer à se concentrer sur le développement de méthodes accessibles et rentables pour fournir un traitement efficace aux personnes atteintes de DC. En accord avec French et al. (2017), la recherche sur l'ACT a besoin d'études rigoureuses et à grande échelle plus minutieuses pour déterminer si les interventions d'autogestion constituent un traitement de gestion de la douleur efficace autant pour la population issue de la communauté que celle retrouvée dans les cliniques de la douleur.

## Références

- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry, 13*(3), 288-295. doi: 10.1002/wps.20083
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry, 13*(1), 4-11. doi: 10.1002/wps.20083
- Bailey, K. M., Carleton, R. N., Vlaeyen, J. W., & Asmundson, G. J. (2010). Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain: A preliminary review. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*(1), 46-63. doi: 10.1080/16506070902980711
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling, 48*(2), 177-187. doi: 10.1016/s0738-3991(02)00032-0
- Basbaum, A. I., Bautista, D. M., Scherrer, G., & Julius, D. (2009). Cellular and molecular mechanisms of pain. *Cell, 139*(2), 267-284. doi: 10.1016/j.cell.2009.09.028
- Bee, P., McBeth, J., MacFarlane, G. J., & Lovell, K. (2016). Managing chronic widespread pain in primary care: A qualitative study of patient perspectives and implications for treatment delivery. *BMC Musculoskeletal Disord, 17*, Article 354. doi: 10.1186/s12891-016-1194-5
- Bennett, M. P., Meulders, A., Baeyens, F., & Vlaeyen, J. W. (2015). Words putting pain in motion: The generalization of pain-related fear within an artificial stimulus category. *Frontiers in Psychology, 6*, Article 520. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00520
- Blyth, F., March, L., Brnabic, A., Jorm, L., Williamson, M., & Cousins, M. (2011). Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain, 89*, 127-134. doi: 10.1016/S0304-3959(00)00355-9
- Brown, M., Glendenning, A. C., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research, 18*(8), Article e221. doi: 10.2196/jmir.6200

- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergstrom, K., Gordh, T., Hursti, T., ... Andersson, G. (2013). Guided Internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(6), 307-315. doi: 10.1016/j.brat.2013.02.010
- Burke, A. L., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2015). Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 345-360. doi: 10.1111/bjc.12078. doi: 10.1111/bjc.12078
- Busse, J. W., Craigie, S., Juurlink, D. N., Buckley, D. N., Wang, L., Couban, R. J., ... Guyatt, G. H. (2017). Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*, 189(18), E659-E666. doi: 10.1155/2020/8380171
- Canadian Pain Coalition. (2013). *Canadian Pain Fact Sheet* [en ligne]. Repéré à [http://prc.canadianpaincoalition.ca/en/canadian\\_pain\\_fact\\_sheet.html](http://prc.canadianpaincoalition.ca/en/canadian_pain_fact_sheet.html)
- Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 118-129. doi: 10.1016/j.cpr.2014.01.001
- Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P., Boulanger, A., ... Ware, M. (2010). The Canadian STOP-PAIN project - Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 57(6), 539-548. doi: 10.1007/s12630-010-9305-5
- Colloca, L., Ludman, T., Bouhassira, D., Baron, R., Dickenson, A. H., Yarnitsky, D., ... Raja, S. N. (2017). Neuropathic pain. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 1-19. doi: 10.1038/nrdp.2017.2
- Conseil canadien de la santé. (2012). *Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques : points de mire sur les soins de santé primaires* [en ligne]. Repéré à [http://www.rqesr.ca/stock/fra/hcc\\_selfmanagement\\_fr\\_fa.pdf](http://www.rqesr.ca/stock/fra/hcc_selfmanagement_fr_fa.pdf)
- Crombez, G., Eccleston, C., van Damme, S., Vlaeyen, J. W., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: The next generation. *The Clinical Journal of Pain*, 28(6), 475-483. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182385392
- Dahl, J., & Lundgren, T. (2006). *Living beyond your pain: Using acceptance and commitment therapy to ease chronic pain*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.



- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C., ... Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 129(3), 332-342. doi: 10.1016/j.pain.2007.01.022
- Dionne, F. (2014). *Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'ACT*. Paris, France : Les Éditions Payot.
- Dionne, F., Gagnon, J., Balbinotti, M., Peixoto, E. M., Martel, M. E., Gillanders, D., & Monestès, J. L. (2016). Buying into thoughts: Validation of a French translation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 48(4), 278-285. doi: 10.1037/cbs0000053
- Eccleston, C., Fisher, E., Craig, L., Duggan, G. B., Rosser, B. A., & Keogh, E. (2014). Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *The Cochrane Library*, 2, Article CD010152. doi: 10.1002/14651858.CD010152.pub2
- Eccleston, C., Morley, S. J., & Williams, A. C. (2013). Psychological approaches to chronic pain management: Evidence and challenges. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 59-63. doi: 10.1093/bja/aet207
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69(2), 153-166. doi: 10.1037/a0035747
- Fergus, T. A. (2015). I really believe I suffer from a health problem: Examining an association between cognitive fusion and healthy anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 920-934. doi: 10.1016/j.jcbs.2016.02.002
- French, K., Golijani-Moghaddam, N., & Schroder, T. (2017). What is the evidence for the efficacy of self-help Acceptance and Commitment Therapy? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 360-374. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.08.002
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retslaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92-101. doi: 10.1037/1040-3590.4.1.92
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future. *The American Psychologist*, 69(2), 119-130. doi: 10.1037/a0035514

- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
- Gerrits, M. M., van Marwijk, H. W. J., van Oppen, P., van der Horst, H., & Penninx, B. W. (2015). Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 64-70. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.10.011
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001
- Gillanders, D., Ferreira, N. B., Angioni, E., Carvalho, S. A., & Eugenicos, M. P. (2017). An implementation trial of ACT-based bibliotherapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 172-177. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.04.006
- Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M., & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311. doi: 10.1016/j.jcbs.2015.07.003
- Gilmour, H. (2015). *Douleur chronique, limitation des activités et santé mentale florissante*. Statistique Canada. [en ligne]. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015001/article114130-fra.pdf>
- Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. A. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behaviour Science*, 3(4), 217-227. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.10.001
- Hayes, S. C., Hogan, M., Dowd, H., Doherty, E., O'Higgins, S., Nic Gabhainn, S., ... McGuire, B. E. (2014). Comparing the clinical-effectiveness and cost-effectiveness of an Internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention with a waiting list control among adults with chronic pain: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 4(7), Article e005092. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005092
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K., G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain: A systematic review and meta analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552-568. doi: 10.1097/AJP.0000000000000425
- Inoue, S., Kobayashi, F., Nishihara, M., Arai, Y. C. P., Ikemoto, T., Kawai, T., ... Ushida, T. (2015). Chronic pain in the Japanese community—prevalence, characteristics and impact on quality of life. *PloS One*, 10(6), Article e0129262. doi: 10.1371/journal.pone.0129262
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26(5), 393-402. doi: 10.1097/AJP.Ob013e3181cf59ce
- Jonsdottir, T., Aspelund, T., Jonsdottir, H., & Gunnarsdottir, S. (2014). The relationship between chronic pain pattern, interference with life and health-related quality of life in a nationwide community sample. *Pain Management Nursing*, 15(3), 641-651.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211. doi: 10.1016/j.jpain.2004.02.576
- Kennedy, R., & Abd-Elsayed, A. (2019). The International Association for the Study of Pain (IASP) classification of chronic pain syndromes. Dans A. Abd-Elsayed (Éd.), *Pain: A review guide* (pp. 1101-1103). Toronto, ON: Springer International Publishing. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001362
- Khan, R. S., Ahmed, K., Blakeway, E., Skapinakis, P., Nihoyannopoulos, L., MacLeod, K., ... Athanasiou, T. (2011). Catastrophizing: A predictive factor for postoperative pain. *The American Journal of Surgery*, 201(1), 122-131. doi: 10.1016/j.amjsurg.2010.02.007
- Kusnanto, H., Agustian, D., & Hilmanto, D. (2018). Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(3), 497-500. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_145\_17
- Lalloo, C., Jibb, L. A., Rivera, J., Agarwal, A., & Stinson, J. N. (2015). There's a Pain App for that. *The Clinical Journal of Pain*, 31(6), 557-563. doi: 10.1097/AJP.0000000000000171

- Large, R. G., New, F., Strong, J., & Unruh, A. (2002). *Chronic pain and psychiatric problems*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Larsson, C., Hansson, E. E., Sundquist, K., & Jakobsson, U. (2016). Impact of pain characteristics and fear-avoidance beliefs on physical activity levels among older adults with chronic pain: A population-based, longitudinal study. *Geriatrics BMC Series*, 16(1), 50. doi: 10.1186/s12877-016-0224-3
- Lin, J., Paganini, S., Sander, L., Lüking, M., Ebert, D. D., Buhrman, M., ... Baumeister, H. (2017). An Internet-based intervention for chronic pain. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(41), 681-688. doi: 10.3238/arztebl.2017.0681
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy*, 91(5), 700-711. doi: 10.2522/ptj.20100330
- Lussier-Valade, M., Ngô, T. L., & Leblanc, J. (2019). www.psychopap.com : améliorer l'accès à la psychothérapie par le transfert des connaissances aux patients et aux futurs thérapeutes. *Santé mentale au Québec*, 44(2), 111-135. doi: 10.7202/1073525ar
- Lynch-Jordan, A. M., Kashikar-Zuck, S., Szabova, A., & Goldschneider, K. R. (2013). The interplay of parent and adolescent catastrophizing and its impact on adolescents' pain, functioning, and pain behavior. *The Clinical Journal of Pain*, 29(8), 681-688. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182757720
- Mansfield, K. E., Sim, J., Jordan, J. L., & Jordan, K. P. (2016). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain*, 157(1), 55-64. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000314
- Marchand, S., Saravane, D., & Gaumond, I. (2013). *Santé mentale et douleur*. Paris, France : Éditions Maloine.
- Marley, J., Tully, M. A., Porter-Armstrong, A., Bunting, B., O'Hanlon, J., & McDonough, S. M. (2014). A systematic review of interventions aimed at increasing physical activity in adults with chronic musculoskeletal pain—protocol. *Systematic Reviews*, 3(1), 1-8.
- Martel, J. P., & Dupuis, G. (2006). Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, 77(2), 333-368.
- Martel, L., Caron-Malenfant, E., Vézina, S., & Bélanger, A. (2007). Projections de la population active au Canada, 2006-2031. *L'Observateur Économique Canadien, Statistique Canada*, no 11-010-X au catalogue, 3.1-3.13.

- Martz, E. (Éd.). (2017). *Promoting self-Management of chronic health conditions: Theories and practice*. Oxford, England: Oxford University Press.
- McCracken, L. M., Evon, D., & Karapas, E. T. (2002). Satisfaction with treatment for chronic pain in a specialty service: Preliminary prospective results. *European Journal of Pain*, 6(5), 387-393. doi: 10.1016/S1090-3801(02)00042-3
- McCracken, L. M., & Turk, D. C. (2002). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: Outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine*, 27(22), 2564-2573. doi: 10.1097/00007632-200211150-00033
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178-187. doi: 10.1037/a0035623
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York, NY: Guilford Press.
- Moseley, G. L., & Butler, D. S. (2015). Fifteen years of explaining pain: The past, present, and future. *Journal of Pain*, 16(9), 807-813.
- Narouze, S., Benzon, H. T., Provenzano, D. A., Buvanendran, A., De Andres, J., Deer, T. R., ... Huntoon, M. A. (2015). Interventional spine and pain procedures in patients on antiplatelet and anticoagulant medications: Guidelines from the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy, the American Academy of pain Medicine, the international Neuromodulation Society, the North American Neuromodulation Society, and the world Institute of Pain. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 40(3), 182-212.
- Neveu, C., & Dionne, F. (2010). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 63-83.
- Nicholas Hall, A. M., Kamper, S. J., Maher, C. G., Latimer, I, Ferreira, M. L., & Nicholas, M. K (2011). Symptoms of depression and stress mediate the effect of pain on disability. *Pain*, 152(5), 1044-1051. doi: 10.1016/j.pain.2011.01.014
- O'Reilly, A. (2011). La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : une revue de travaux. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21(4), 126-131. doi: 10.1016/j.jtcc.2011.08.003
- Ost, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research of Therapy*, 61, 105-121. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.018

- Pincus, T., & McCracken, L. M. (2013). Psychological factors and treatment opportunities in low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 27(5), 625-635. doi: 10.1016/j.berh.2013.09.010
- Reid, M. C., Eccleston, C., & Pillemer, K. (2015). Management of chronic pain in older adults. *BMJ*, 350, h532. doi: 10.1136/bmj.h532
- Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2016). On the failure of psychology to advance selfhelp: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as a case example. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(2), 71-77. doi: 10.1007/s10879-015-9319-y
- Scholten, W. D., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J., Penninx, B. W., Smit, J. H., & van Oppen, P. (2013). Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 180-185. doi: 10.1016/j.jad.2012.10.031
- Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Research and Management*, 16(6), 445-450.
- Scott, W., & McCracken, L. M. (2015). Psychological flexibility, Acceptance and Commitment Therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology*, 2, 91-96. doi: 10.1016/j.copsyc.2014.12.013
- Scott, W., McCracken, L. M., & Norton, S. (2016). A confirmatory factor analysis of facets of psychological flexibility in a sample of people seeking treatment for chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(2), 285-296. doi: 10.1007/s12160-015-9752-x
- Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-13. doi: 10.1186/s12913-017-2031-8
- Shaw, R. J., Bonnet, J. P., Modarai, F., George, A., & Shahsahebi, M. (2015). Mobile health technology for personalized primary care medicine. *The American Journal of Medicine*, 128(6), 555-557.
- Simister, H. D., Tkachuk, G. A., Shay, B. L., Vincent, N., Pear, J. J., & Skrabek, R. Q. (2018). Randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy for fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 19(7), 741-753. doi: 10.1016/j.jpain.2018.02.004
- Society of Clinical Psychology & American Psychological Association, Division 12. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain* [en ligne]. Repéré le 26 novembre 2021 à [www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/chronicpain\\_act.html](http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/chronicpain_act.html)

- Solé, E., Tomé-Pires, C., de la Vega, R., Racine, M., Castarlenas, E., Jensen, M. P., & Miró, J. (2016). Cognitive fusion and pain experience in young people. *The Clinical Journal of Pain*, 32(7), 602-608. doi: 10.1097/AJP.0000000000000227
- Somers, T. J., Kelleher, S. A., Westbrook, K. W., Kimmick, G. G., Shelby, R. A., Abernethy, A. P., & Keefe, F. J. (2016). A small randomized controlled pilot trial comparing mobile and traditional pain coping skills training protocols for cancer patients with pain. *Pain Research and Treatment*, Article ID 2473629. doi: 10.1155/2016/2473629
- Steingrimsdóttir, Ó. A., Landmark, T., Macfarlane, G. J., & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 158(11), 2092-2107. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001009
- Stubbs, B., Schofield, P., & Patchay, S. (2016). Mobility limitations and fall-related factors contribute to the reduced health-related quality of life in older adults with chronic musculoskeletal pain. *Pain Practice*, 16(1), 80-89. doi: 10.1111/papr.12264
- Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 115-124. doi: 10.2147/PRBM.S44762
- Sullivan, M. J., Martel, M. O., Tripp, D. A., Savard, A., Crombez, G., & Sullivan, M. J. L. (2006). Catastrophic thinking and heightened perception of pain in others. *Pain*, 123(1-2), 37-44. doi: 10.1016/j.pain.2006.02.007
- The WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). Dans J. Orley & W. Kuyken (Éds), *Quality of life assessment: International perspectives*. Springer, Berlin, Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-642-79123-9\_4
- Thomas, E. N., Pers, Y. M., Mercier, G., Cambiere, J. P., Frasson, N., Ster, F., ... Blotman, F. (2010). The importance of fear, beliefs, catastrophizing and kinesiophobia in chronic low back pain rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(1), 3-14. doi: 10.1016/j.rehab.2009.11.002
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T., & Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, Acceptance and Commitment Therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 27, 716-723. doi: 10.1097/AJP.0b013e318219a933
- Toussaint, L., Sirois, F., Hirsch, J., Weber, A., Vajda, C., Schelling, J., ... Offenbacher, M. (2017) Gratitude mediates quality of life differences between fibromyalgia patients and healthy controls. *Quality of Life Research*, 26(9), 2449-2457.

- Treede, R. D. (2018). The International Association for the Study of Pain definition of pain: As valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain reports*, 3(2), e643. doi: 10.1097/PR9.0000000000000643
- Treede, R.-D., Rief, B. W., Barke, B. A., Aziz, A. Q., Bennett, H. M., Benoliel, W. S. R., ... Wang, W. S. S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 156(6), 1003-1007.
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). The longitudinal effects of emotion regulation on physical and psychological health: A latent growth analysis exploring the role of cognitive fusion in IBD. *British Journal of Health Psychology*, 23(1), 171-185. doi: 10.1111/bjhp.12280
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. (2014). Internet based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 38, 66-80. doi: 10.1007/s10865-014-9579-0
- Veillette, J., Martel, M.-E., & Dionne, F. (2019). A randomized controlled trial evaluating the effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy-based bibliotherapy intervention among adults living with chronic pain. *Canadian Journal of Pain*, 3(1), 209-225. doi: 10.1080/24740527.2019.1678113
- Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2010). Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 48(2), 141-146. doi: 10.1016/j.brat.2009.09.011
- Vowles, K. E., Witkiewitz, K., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: Evidence of mediation and clinically significant change following an abbreviated interdisciplinary program of rehabilitation. *The Journal of Pain*, 15(1), 101-113. doi: 10.1016/j.jpain.2013.10.00
- Yu, L., & McCracken, L. M. (2016). Model and processes of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain including a closer look at the self. *Current Pain and Headache Reports*, 20(2), 1-7. doi: 10.1007/s11916-016-0541-4



- Yu, L., Norton, S., & McCracken, L. M. (2017). Change in “self-as-context” (“perspective-taking”) occurs in acceptance and commitment therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. *The Journal of Pain*, 18(6), 664-672. doi: 10.1016/j.jpain.2017.01.005
- Wegrzynek, P., Wainwright, E., & Ravalier, J. M. (2020). Return to work interventions for chronic pain: A systematic review. *Occupational Medicine*, 70(4), 268-277. doi: 10.1093/occmed/kqaa066
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.

## **Appendice**

Tableau 2. Données sociodémographiques

Tableau 2

*Données sociodémographiques*

Caractéristiques des participants	Total (N = 130)		Groupe ACT (n = 64)		Groupe contrôle (n = 66)	
	Moyenne	Écart- type	Moyenne	Écart- type	Moyenne	Écart- type
Âge	51,06	12,67	51,91	14,21	50,21	11,01
L'intensité de la douleur (évaluée échelle de 0 à 10)	5,43	1,59	5,72	1,56	5,94	1,41
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Sexe						
Femme	106	81,50	54	84,40	52	78,80
Homme	24	18,50	10	15,60	14	21,20
Origine ethnique						
Blanc/caucasien	124	95,40	63	98,40	62	93,94
Noir	2	1,50	-	-	2	3,03
Autochtone/Premières nation/Métis	1	0,80	1	1,60	-	-
Autres	1		-	-	1	1,50
Valeur(s) manquante(s)	2	1,50	-	-	2	3,03
Statut occupationnel						
Travaille à temps plein	32	24,62	14	21,90	18	27,30
Travaille à temps partiel (≤ 20 h/sem.)	17	13,08	11	17,20	6	9,10
Ne travaille pas	56	43,08	30	46,90	26	39,40
Est déclaré(e) invalide	24	18,46	8	12,50	16	24,20
Valeur(s) manquante(s)	1	0,77	1	1,60	-	-

Tableau 2 (suite)

*Données sociodémographiques*

Caractéristiques des participants	Total (N = 130)		Groupe ACT (n = 64)		Groupe contrôle (n = 66)	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Niveau de scolarité						
Études primaires	1	0,77	1	1,60	-	-
Études secondaires	16	12,31	8	12,50	8	12,10
Études professionnelle (D.E.P.)	20	15,38	12	18,80	8	12,10
Études collégiales/Cégep	31	23,85	16	25,00	15	22,70
Études universitaires	62	47,69	27	42,20	35	53,00
Habitation						
Seul(e)	34	26,36	11	17,20	23	34,80
En couple	84	65,12	46	71,90	38	57,60
En colocation	1	0,78	1	1,60	-	-
Chez ses parents	1	0,78	1	1,60	-	-
Autres	9	6,98	5	7,80	4	6,10
Valeur(s) manquante(s)	1	0,78	-	-	1	1,50
Nbre d'années vivant avec douleur quotidienne						
Moins d'un an	3	2,33	3	4,70	-	-
Entre 1 et 3 ans	13	10,08	5	7,80	8	12,10
Entre 3 et 5 ans	20	15,50	11	17,20	9	13,60
Entre 5 et 10 ans	40	31,01	16	25,00	24	36,40
Plus de 10 ans	53	41,09	28	43,80	25	37,90
Valeur(s) manquante(s)	1	0,80	1	1,60	-	-

Tableau 2 (suite)

*Données sociodémographiques*

Caractéristiques des participants	Total (N = 130)		Groupe ACT (n = 64)		Groupe contrôle (n = 66)	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Diagnostic de DC						
Oui	121	94,53	57	89,10	64	97,00
Non	7	5,47	5	7,80	2	3,00
Valeur(s) manquante(s)	2	1,50	2	3,10	-	-
Si oui, le(s)quel(s)						
Maux de tête (céphalées, migraines)	7	5,40	3	4,70	4	6,10
Fibromyalgie	50	38,50	25	39,10	25	37,90
Douleur dorsale	26	20,00	12	18,80	14	21,20
Douleur cervicale	6	4,60	3	4,70	3	4,50
Douleur neuropathique	22	16,90	10	15,60	12	18,20
Arthrite	2	1,50	2	3,10	-	-
Douleur liée à une maladie (p.ex., diabète, cancer)	4	3,10	2	3,10	2	3,00
Autres	10	7,69	5	7,80	5	7,60
Douleurs multiples	61	46,92	31	48,44	30	45,45
Valeur(s) manquante(s)	3	2,31	2	3,10	1	1,50
Prise d'antalgique(s)						
Oui	112	86,15	57	89,10	55	83,30
Non	17	13,08	7	10,90	10	15,20
Valeur(s) manquante(s)	1	0,77	-	-	1	1,50

Tableau 2 (suite)

*Données sociodémographiques*

Caractéristiques des participants	Total (N = 130)		Groupe ACT (n = 64)		Groupe contrôle (n = 66)	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Diagnostic psychologique						
Oui	56	43,08	27	42,20	29	43,90
Non	74	56,92	37	57,80	37	56,10
Le(s)quel(s)						
Trouble d'adaptation	8	6,20	3	4,70	5	7,60
Troubles anxieux (Anxiété)	22	16,90	10	15,60	12	18,20
Dépression	23	17,70	12	18,80	11	16,70
Abus de substances (alcool, drogue)	2	1,50	1	1,60	1	1,50
Autres	3	2,31	1	1,60	2	3,00
Diagnostics multiples	10	7,69	5	7,81	5	7,58
Suivi psychothérapeutique actuel pour la douleur						
Oui	23	17,69	10	15,60	13	19,70
Non	107	82,31	54	84,40	53	80,30