



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



VOTRE PRATIQUE

MBPM : un nouveau programme et regard sur la douleur



MBPM: A new vision of pain, to live better with it

Christian Miquel

Pleine conscience 92, 39, avenue Victor-Cresson, 92130 Issy-les-Moulineaux, France

Reçu le 16 novembre 2022 ; reçu sous la forme révisée le 21 mars 2023 ; accepté le 27 mars 2023

Disponible sur Internet le 25 mai 2023

MOTS CLÉS

Pleine conscience ;
Douleur ;
Médecine
intégrative ;
Psychologie
intégrative ;
Mbsr ;
MBPM ;
Kabat-Zinn ;
Vimalaya

Résumé Trois modèles de traitement de la douleur dominant historiquement : la fuir par la recherche de plaisirs (épicurisme) ; s’y résigner avec fatalité et culpabilité (dolorisme chrétien) ; lutter contre elle de manière héroïque (stoïcisme). Une quatrième voie, ouverte par Montaigne, reprise par le MBSR de Kabat-Zinn et les TCC (thérapies comportementales et cognitives), invite à composer avec sa douleur, en apprenant à mieux la connaître, pour mieux l’intégrer dans sa vie. Fondé par Vidyamala Burch après un grave accident, le programme MBPM de Breatworks adapte les programmes de pleine conscience spécialement pour les patients atteints de maladies et de douleurs chroniques. Les résultats sont très positifs, confirmés autant par les patients du Centre anti-douleurs de la Pitié Salpêtrière où le programme a été donné pour la première fois dans un hôpital en France en 2021–2022, que par des études scientifiques spécifiques sur l’impact de ce programme.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresse e-mail : miquel.kristian@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.douler.2023.03.001>

1624-5687/© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Mindfulness;
Pain;
TTC;
Kabat-Zinn;
Vimalaya;
Mbsr;
MBPM;
Integrative medicine;
Integrative
psychology

Summary Three models of pain treatment have historically dominated: escaping it by seeking pleasure (epicureanism); resign oneself to it with fatality and guilt (Christian dolorism); fight against it in a heroic way (Stoicism). A fourth way, opened by Montaigne, taken up by the MBSR of Kabat-Zinn and the CBT (Cognitive and Behavioural Therapies), invites you to deal with your pain, by getting to know it better, to better integrate it into your life. Founded by Vidyamala Burch after a serious accident, the MBPM Breathworks program adapts mindfulness programs especially for patients with chronic diseases and pain. The results are very positive, confirmed by both patients of Pitié Salpêtrière Pain Center where the program was first delivered in a hospital in France in 2021–2022, and by scientific research specific on the impact of this programme.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

L'expérience d'animation des groupes Mbpm

Je dispense depuis une dizaine d'années des cours MBSR (*Mindfulness Based on Stress Reduction*, gestion du stress par la pleine conscience), et depuis plus d'un an maintenant des cours MBPM (*Mindfulness Based on Pain Management*, gestion de ses douleurs par la pleine conscience) dans le cadre du Centre anti-douleur de l'hôpital La Pitié Salpêtrière.

La revue *Douleurs* m'a demandé mon témoignage ainsi que la présentation de ce nouveau programme qui arrive en France depuis un an, mais qui est enseigné avec des résultats incontestables et scientifiquement prouvés depuis plus de quinze ans en Grande Bretagne et dans quinze autres pays.

Le premier élément qui m'a frappé, c'est le vécu spécifique des groupes de patients atteints de maladies et douleurs chroniques, dont le profil est très différent de celui des groupes « grand public » auxquels la méditation s'adresse habituellement en MBSR. Ces dernières viennent avec de multiples demandes, parfois pour résoudre un problème ponctuel, parfois dans une perspective large de bien-être et d'épanouissement personnel, souvent pour régler un problème de stress psychologique ou professionnel. Leur investissement est à la fois large et assez flou, rarement avec un degré d'urgence vitale.

Par comparaison, les personnes qui viennent assister au programme MBPM, sur recommandation et invitation d'un docteur du Centre anti-douleur, arrivent très souffrantes, focalisées toute la journée sur des douleurs qui les empêchent de vivre normalement, en forte demande d'aide. Elles s'investissent la plupart du temps à fond dans le programme, même si elles ont des doutes au départ, tant elles ont déjà essayé de recettes. Si on sait établir un climat de confiance avec le groupe, ce dernier va se révéler très chaleureux, les patients se mettant à parler entre eux et à s'échanger des confidences qui les font se sentir moins seuls. Un sentiment de communauté de souffrants se crée, qui les soude ensemble et leur donne l'impression d'être enfin reconnus entre eux, pas comme dans le monde

extérieur où elles ont l'impression de n'être ni entendues, ni vraiment comprises. La réussite du programme résulte, en grande partie, de cette communauté qui se crée lors des deux premières séances : les échanges libres et les confidences, le partage des expériences et du travail que chacun fait sur soi, dépendent en grande partie de cette capacité du groupe à se rassembler dans une expérience commune où chacun peut exprimer ses souffrances sans être jugé, en découvrant son humanité commune. Bien sûr, chaque groupe sera différent : le premier que j'ai animé était très dynamique et presque exubérant tant les participants avaient envie de parler, le second avait plus besoin de tisser et nouer des relations et des échanges de vécu, le troisième était plus calme et intimiste.

La perception par les participants des discours dominant sur la douleur

Les participants des groupes MBPM et des groupes de soutien que j'ai été amené à proposer par la suite, évoquent souvent les discours sur la gestion de la douleur qu'ils entendent, à leur domicile ou dans le milieu médical. Ils les vivent la plupart du temps comme des injonctions souvent contradictoires auxquelles ils ne peuvent pas répondre, qui nient leur réalité de personnes souffrantes et ne leur proposent pas de solution viable ou souhaitable.

Leur perception reflète les limites des trois types ou modèles de discours dominants auxquels ils sont confrontés.

Le premier discours relève du modèle de la fuite et du déni.

Il consiste à inviter les patients à avoir une vie aussi normale que possible, sans être obnubilé par leur douleur qu'ils sont invités à oublier autant que possible. On pourrait résumer l'injonction perçue par ce modèle sous la forme suivante : « *N'y pensez pas, ayez une vie normale, du plaisir, faites des projets et des activités qui vous feroient oublier votre douleur* ».

Ce type de discours, émis fréquemment par le milieu médical et par l'entourage qui souhaite que le patient vive « normalement, comme avant », se justifie bien entendu d'un point de vue psychologique et médical, il semble même évident et frappé du sceau du bon sens : il invite à défocaliser son attention de la douleur, à faire autre chose pour ne plus y penser et pour la rendre plus supportable.

Il trouve d'autant plus un écho chez les personnes souffrantes qu'elles sont souvent tentées, au moins au début de leur pathologie, par le déni. Vimalaya raconte ainsi qu'après son terrible accident qui allait la paralyser, elle connut une première phase de déni, se forçant à vivre comme avant et à en faire le plus possible. . . ce qui ne fit qu'empirer son état et l'amener finalement à vivre en chaise roulante, après une opération délicate.

Les problèmes apparaissent dès qu'on veut en faire une règle générale de vie et de traitement de la douleur, en favorisant un déni qui peut s'avérer dangereux. Soit les patients vont vouloir « trop en faire » en ne prenant pas soin d'eux et des limites de leur corps, soit ils vont se sentir incapables de répondre à cette injonction contradictoire : « *Vous souffrez, faites comme si vous ne souffriez pas et n'aviez pas de douleur* ».

Comme l'a dit l'un des participants : « Ils voudraient tous que je sois comme avant, que je fasse plein de choses, mais ils ne comprennent pas que je ne peux pas. C'est bien gentil d'inviter à sortir, à avoir une vie professionnelle et familiale, mais personne ne veut comprendre que j'ai du mal même à sortir de chez moi, je suis en arrêt invalidité. Avec les douleurs, on perd nos amis, on n'est plus aussi disponible, on se retrouve isolé, et on ne peut en parler à personne, car de l'extérieur on a l'air normal ».

Ce premier modèle risque à terme de créer ou renforcer le sentiment d'isolement et de non-compréhension par l'entourage, en réveillant la culpabilité d'être incapable de passer outre à sa douleur. Dans les cas les pires, il peut mener à un état de découragement dépressif.

Le second discours de résignation relève d'un modèle d'acceptation fataliste de la douleur.

Il consiste à inviter les patients à accepter leur douleur chronique, et donc le fait qu'ils ne seront probablement plus comme avant. L'injonction sous-jacente à ce modèle pourrait se formuler ainsi : « *Il faut vous y habituer, accepter vos douleurs et vivre avec* ».

Ce type de discours se justifie médicalement lorsque le diagnostic montre un état de douleur chronique qui a malheureusement toutes les chances de s'installer durablement, sans qu'on voie à court terme de solution ou de fin prévisible de la douleur. Psychologiquement, on peut également y voir une invitation salutaire à ne plus être dans le déni, à prendre sur soi, prendre soin de soi en acceptant le nouvel état dans lequel on se trouve.

L'essor des thérapies comportementales et cognitives, et notamment des thérapies de l'« acceptation radicale », ne font que renforcer cette impression qu'après tout, le patient n'a qu'à accepter ce qui lui arrive, puisqu'il ne peut faire, ou être autrement !

Si l'acceptation est une étape incontournable sur le chemin thérapeutique du traitement de la douleur, et si elle passe forcément par une forme de travail au moins temporaire de deuil de ce qu'on était auparavant, il faut en même temps entendre le désarroi des participants qui vivent ce terme comme une condamnation au fatalisme : « *Je ne veux plus entendre que c'est comme ça, qu'il faut l'accepter, que ça va être pareil jusqu'à la fin de ma vie. J'espère bien que non !* ».

Cette perception d'une condamnation à la résignation et au fatalisme semble d'autant plus injuste lorsqu'on a été par exemple victime d'un accident, d'un traumatisme ou d'une maladie qui s'est déclenchée soudainement. « *Je n'y suis pour rien, pourquoi moi, et pas les autres ?* ».

Les participants sont alors tentés par deux types d'attitude : soit ils vont se réfugier dans une position de victime attendant qu'on répare leur douleur et y mette fin, en reprochant au corps médical de ne pas en être capable ; soit ils laissent exploser leur révolte et leur colère contre cette prétendue obligation de l'acceptation, terme auquel ils deviennent presque allergique quand on prononce ce mot en groupe, car ils l'ont déjà trop entendu et qu'ils se sentent alors condamnés à « devoir subir passivement » leur état -même si ce n'est bien entendu pas le cas.

Face à ces difficultés sémantiques et à ce risque de confusion entre *acceptation* et *résignation*, j'évite de plus en plus dans mes groupes d'utiliser le mot d'« acceptation », préférant parler « d'« intégration » de la douleur dans leur vie, terme qui évoque mieux la nouvelle médecine intégrative et holistique qui s'occupe autant du corps que de l'esprit.

Le troisième discours héroïque relève d'un modèle de combat volontariste contre la douleur.

Il invite à mobiliser sa volonté et toutes ses capacités pour faire face et lutter contre la douleur, en se montrant plus fort qu'elle. L'injonction sous-jacente, telle que perçue par les participants, pourrait prendre cette forme : « *Vous pouvez lutter et maîtriser votre douleur, apprendre à la contrôler et à la dépasser, avec de la volonté, des techniques ou des médicaments* ».

Ce discours semble à priori n'avoir, à son tour, que des avantages psychologiques et médicaux : il a l'avantage de favoriser une posture active de la part du patient qui n'est plus invité à subir passivement son sort, ni à se poser en victime. Au contraire, il le responsabilise, il l'invite à se prendre en charge, en apprenant comment se battre contre la douleur, en déchargeant d'autant l'entourage et l'équipe médicale. Le patient est ainsi invité à co-construire sa santé avec son équipe médicale.

Le modèle semble d'autant plus séduisant que moyens offerts sont nombreux : médicaments, antalgiques, mobilisation de sa volonté, mais aussi la psychologie positive ou les techniques de développement personnel, comme par exemple l'hypnose, la relaxation ou la sophrologie.

Comme les modèles précédents, il devient par contre contre-productif dès qu'il s'agit d'une injonction trop normative et d'une solution exclusive, éloignée du vécu douloureux, tablant sur la seule volonté du patient. D'où une impression de décalage, notamment lorsqu'on se sent submergé par la douleur, comme on l'entend souvent en groupe : « *J'aimerais bien pouvoir être plus fort que ma douleur, comme s'il suffisait de vouloir, pour le pouvoir ! Quand je suis submergé par la douleur, il n'y a rien d'autre,*

je ne suis que douleur, partout, je ne peux plus rien faire ! ».

On a alors l'impression d'un défi impossible, de l'appel à un héroïsme trop fort, lequel dépasse les capacités d'adaptation de l'individu. D'où l'installation possible d'un stress chronique, avec une forte culpabilisation de ne pouvoir faire face, et l'enfermement dans un sentiment d'impuissance. La culpabilisation et la honte peuvent surgir à leur tour, avec une dévalorisation de l'image de soi qui peut s'exprimer ainsi : « *L'impression qu'on vous donne, c'est que c'est votre faute si vous n'y arrivez pas, que vous êtes coupable, incapable, sans comprendre qu'on ne peut tout simplement pas, qu'on est submergé* ».

Archéologie des modèles historiques de comportement face à la douleur

Les trois discours d'évitement, d'acceptation ou de combat de la douleur ne viennent pas de nulle part : ils ont une histoire qu'il est d'autant plus intéressant de reconstituer brièvement si on veut mieux comprendre leur contenu et leur limite. Sans avoir la prétention d'écrire à la manière de Michel Foucault une archéologie exhaustive de la manière dont ces savoirs psychologiques et médicaux concernant la douleur se sont constitués, il est assez facile de retrouver dans l'histoire les modèles philosophiques et culturels qui les ont inspirés, en en profitant pour chercher s'il n'existe pas d'autres modèles alternatifs latents à explorer.

Derrière le premier modèle d'évitement de la douleur au profit de l'action et du plaisir, il est aisé de retrouver les traces de l'épicurisme antique.

Pour Épicure et son école qui a duré du troisième siècle avant notre ère en Grèce, jusqu'à la victoire du christianisme au V^e siècle, le but de la vie est d'atteindre un bonheur de l'âme qui soit indissociable du bien-être et de la santé du corps, les deux allant de pair.

La douleur représente l'un des problèmes cruciaux auxquels se confronte Épicure dans sa quête du bonheur : que faire en cas de douleur ? Car lorsque le corps souffre, l'âme est également affectée par la souffrance. La première réflexion d'Épicure à ce sujet est d'apprendre à distinguer les différents types de douleur : il y a des douleurs qui peuvent s'avérer utiles et qu'on peut apprendre à accepter, comme celle qui vient d'une mobilisation ponctuelle des muscles pour faire du sport, ou comme le goût amer d'une boisson médicale. Mais on peut éviter toutes les autres douleurs qui ne sont ni nécessaires, ni utiles.

Comment ? La réponse est simple et logique : Le bonheur étant défini comme une « absence de trouble », de douleur ou de souffrance, il faut donc chercher et privilégier à l'inverse le plaisir, qui permet de ne pas y penser, ou de se détourner de la douleur. L'esprit et la raison constituant les principes directeurs de la vie, c'est à eux qu'il revient de choisir une « bonne vie », évitant au maximum la douleur, en hiérarchisant et sachant choisir les « bons » plaisirs qui favorisent la santé de l'âme et du corps.

Il ne s'agit pas de privilégier tout type de plaisir, comme on l'a souvent fait croire en confondant l'épicurisme avec un principe de jouissance immédiate et aveugle, mais d'apprendre à hiérarchiser les types de plaisirs naturellement prévus par la nature, pour vivre conformément à eux, sans désirer plus. Sans rentrer dans les détails, cela amènera à privilégier les plaisirs naturels et nécessaires qui permettent d'être heureux (besoins vitaux : manger frugalement, dormir suffisamment, avoir un toit protecteur, des amis) ; de choisir éventuellement certains plaisirs supplémentaires qui sont naturels mais non nécessaires (plaisir sexuel, satisfactions esthétiques, jeux sportifs etc) ; et surtout, d'éviter la liste interminables des plaisirs « vides, sans fondement », qui ne sont ni naturels, ni nécessaires (s'enivrer, chercher le pouvoir, la richesse, les honneurs, ou aujourd'hui tous les biens statutaires, ou objets de la société de consommation à renouveler sans cesse).

Le rappel de cette sagesse antique pourrait permettre de proposer un *sens* à la quête de plaisir qu'on propose à ceux qui souffrent : il ne s'agit pas de les inviter à profiter de n'importe quel plaisir, ce qui peut s'avérer vite angoissant et frustrant s'ils en sont incapables, mais de les inviter à retrouver les plaisirs les plus conformes à leur nature et situation du moment.

Le second modèle de l'acceptation résignée de la douleur renvoie à l'influence du dolorisme chrétien qui a remplacé, avec la victoire de cette religion au V^e siècle, la quête épicurienne du plaisir consistant à éviter les douleurs inutiles et les plaisirs superflus.

Deux éléments sont à l'origine de la nouvelle résignation fataliste et dramatique, voire théâtrale, à la douleur. Le premier, c'est la croyance dans la Bible en une « faute originelle » comme l'appellera Augustin d'Hippone à la fin du IV^e siècle en évoquant le fait que la douleur et la mort surviennent comme une punition après qu'Adam et Eve aient été chassés du paradis, et qu'il faut désormais les accepter comme une fatalité et un rappel de notre condition de pêcheur (Dieu dit : *J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur, et tes désirs se porteront vers ton mari, mais il dominera sur toi.* » Genèse 3. 14–19). Le second élément qui amènera à glorifier cette même douleur, c'est la Passion du Christ qui a accepté sa crucifixion pour nous sauver. Sa vie étant un modèle à suivre, il faut à notre tour supporter les douleurs les pires, pour notre propre salut et notre rédemption future : Si le Christ nous a rachetés par sa passion et son acceptation de la souffrance, cette dernière peut à son tour nous grandir et nous sauver, en nous faisant participer à sa rédemption messianique.

Bien sûr, des philosophes et théologiens chrétiens atténueront ce dolorisme qui s'apparente à un culte de la douleur, mais il appartient bien au fond culturel qui a baigné la plupart des Occidentaux, comme en témoignent les flagellations, cultes de stigmates et réflexions de nombreux auteurs : « *Pendant plus de vingt siècles, la tradition catholique a exalté la souffrance et le dolorisme pour que l'Homme se rapproche intérieurement de la Passion du Christ. Selon le curé d'Ars (...), la douleur devient une*

voie de purification de l'âme et du corps, un chemin de rédemption. [1] Ou encore : « la psyché de l'homme a été conditionnée depuis des millénaires par un système de valeurs où priment le dolorisme et un sentiment de culpabilité perpétuel¹ ».

Lorsque les participants ont l'impression qu'on leur demande de se résigner à accepter leur douleur pour une improbable rédemption, cela réveille ce dolorisme chrétien latent, et explique autant la culpabilité inconsciente qu'ils associent à leur douleur, que leur sentiment d'impuissance ou de révolte face à une telle injustice.

Notons que, même si le discours philosophique et médical s'est affranchi de ce modèle doloriste, il lui est longtemps resté associé. L'idée même que la douleur soit plus qu'un simple phénomène physiologique, qu'il puisse s'agir d'un signe qui sur-signifie quelque chose de plus qu'elle-même, en envoyant un message, a ainsi été thématiqué en premier par Descartes. C'est le premier à inverser le primat épicurien du plaisir, au profit de la douleur qui nous enseigne ce qui est utile ou à éviter, en « tirant sur la corde pour faire sonner la cloche » de l'alarme. Son disciple Malebranche traitera pour cela la douleur de « sentinelle attentive et fidèle ».

La médecine du XVIII^e siècle restera longtemps dans cette tradition, du XVII^e siècle au XIX^e siècle, s'évertuant à recenser les signes de la douleur (cris, agitation, visage et membres serrés, fièvre...), à la caractériser (lieu, intensité, durée, qualité sourde, piquante, pesante, pulsante, tranchante ou mordante), pour mieux l'apaiser avec des plantes et des médicaments. On pense alors qu'il est normal et même sain de souffrir, la douleur étant un message à décoder. Ambroise Paré écrira ainsi : « Des opérations vitales ne peuvent être accomplies sans une extrême douleur ». On trouve probablement des rémanences de cette sur-valorisation et sur-interprétation de la douleur, dans les réticences encore actuelles de certains pays catholiques à soulager rapidement la douleur des patients et à accéder leur demande d'antalgique, comme s'ils devaient apprendre à souffrir, en tirer des leçons salvatrices.

Heureusement, on s'aperçut rapidement que les signaux envoyés par la douleur étaient souvent peu fiables : On constate qu'elle n'est pas partageable, qu'elle envoie parfois des signaux faux ou inadaptés, comme le résumera le médecin et philosophe Jean Bayle en écrivant en 1702 : « À quoi servent les douleurs de l'enfantement, ou celles qui font mourir tant de gens ? » Au point qu'on préfère aujourd'hui en parler, non plus comme d'un signal d'alarme envoyé au cerveau, mais comme d'une « porte qui s'ouvre sur ce qui se passe dans le corps », qu'on peut explorer avant de la refermer.

L'influence de ce dolorisme et de ce culte de la douleur fut telle qu'il donna même lieu à des « mises en scène » quasi théâtrales par les patients de leur propre douleur, pour montrer à leurs proches la grandeur d'âme qu'ils acquéraient en acceptant de subir ses tourments. On parla ainsi de l'« agonie admirable » d'Anne d'Autriche, madame de La Guette se glorifiant au XVII^e siècle avec humour des douleurs extrêmes qu'elle ressentit après qu'on lui remit les membres en place

suite à une mauvaise chute de cheval : « On se prépara pour me tirer à outrance : le bailleul se mit à cheval sur ce pauvre bras raccourci. Quelle douleur épouvantable ! Le chirurgien et sa fille me le tiraient de toutes leurs forces, et deux autres hommes me le soulevaient en haut ; mon mari me tenait par le milieu du corps ; M^{me} Tronson voulut me tenir l'autre bras, une autre personne me tenait les deux jambes, je n'avais que la tête de libre ».

Le troisième modèle de la lutte héroïque contre la douleur s'explique autant par le dolorisme qui rejoue la passion du Christ, que par l'influence du stoïcisme, cette autre école concurrente de l'épicurisme qui se développa également pendant un millénaire, du IV^e siècle avant JC au IV^e siècle après JC.

L'empereur romain Marc Aurèle en fut l'un des représentants tardifs les plus illustres.

Sans rentrer dans les détails, on peut rappeler que la douleur représente pour les stoïciens une épreuve qui permet de développer les capacités de l'âme et de l'esprit de se libérer des contraintes du corps, en demeurant insensible à ses douleurs et à ses affects. La sagesse, qui est le but de la vie, consiste en effet à se soumettre aux lois de la nature avec fatalité et dignité, en se servant de sa Raison pour dépasser les épreuves et les douleurs, en apprenant à demeurer indifférent, avec une égalité d'âme face aux épreuves. On atteint alors une absence de passion ou *apathie*, ainsi que l'ataraxie, l'absence de trouble, l'impassibilité tranquille et calme d'une âme devenue maîtresse d'elle-même.

Cet idéal demande une lutte souvent héroïque contre soi-même, contre son corps et contre ses douleurs qu'on apprend à mépriser. Certains stoïciens en feront une épreuve cruelle, se broyant par exemple leur genou dans un étai pour montrer qu'ils peuvent supporter cet inconvénient, en se raisonnant et en apprenant à se distancier de leur douleur, en se mettant au-dessus d'elle et des hommes communs.

Si on comprend le rejet de ce modèle héroïque et de ses excès, les participants des groupes voulant la cessation de la douleur plutôt que la lutte héroïque contre elle, il n'en demeure pas moins que les stoïciens ont été des précurseurs des traitements modernes de la douleur : Ce sont les premiers à énoncer qu'on peut apprendre à se distancier de sa douleur, en la relativisant et la recadrant dans le corps en se disant qu'on n'est pas cette douleur, en prenant de la distance par rapport à elle et en adoptant une position « méta » de survol. Plus encore : ils ont compris qu'en se recentrant de manière distancée sur la seule douleur présente, en s'empêchant de divaguer sur la douleur future ou la santé passée et disparue, on empêche ou « bloque » les souffrances mentales secondaires générées par le cerveau gauche, lequel y rajoute souvent des angoisses sur le futur, ou des regrets sur le passé.

Vers un quatrième modèle alternatif d'intégration de la douleur.

¹ John Lash, Effets pervers du messianisme.

Montaigne et la modernité

La recherche des plaisirs épicuriens en phase avec son état de santé, tout comme le recentrage stoïcien sur le moment présent, sont des éléments précurseurs des thérapies comportementales modernes de la douleur. Ce ne sont pas les seuls : De nombreux auteurs ont ensuite tracé le fil rouge invisible d'une quatrième voie alternative qui amènera à l'actuelle médecine intégrative et humaniste dont se réclame Kabat-Zinn, laquelle vise à réintégrer la douleur dans l'expérience du patient. Nous n'en citerons que quelques-uns.

Montaigne est le précurseur moderne de cette nouvelle voie qui invite à écouter et laisser parler la douleur pour mieux l'intégrer. Souffrant de gravelle, il abandonne l'héroïsme stoïcien qui le tentait au début, pour vivre en humaniste lucide de sa condition, décrivant son mal avec humour, parlant ainsi de l'« expulsion de pierres de la taille d'1 petite pomme, de la forme de sa verge ».

Il invite pour la première fois à se confronter à sa douleur, voire à la laisser s'exprimer violemment, du moment qu'on sait garder en même temps sa lucidité (ou sa pleine conscience, dirions-nous aujourd'hui) : « *Qu'importe que nous tordions nos bras (et criions) pourvu que nous ne tordions nos pensées ! Si le corps se soulage en se plaignant, qu'il le fasse ; si l'agitation lui plaît, qu'il se tourneboule (du moment que) l'âme est capable de commerce, d'entretien jusqu' à certaine mesure (avec elle)* ».

Baudelaire qui souffrit également de violentes douleurs durant toute sa vie, probablement aidé pas sa capacité introspective et par son usage d'opiacés, invitera de même à écouter sa propre douleur, en la calmant et dialoguant avec elle, plutôt qu'en luttant contre elle : *Sois sage ô ma douleur, tiens-toi plus tranquille, donne-moi la main...viens par ici* ».

Canguilhem, plus près de nous, invitera de même au XX^e siècle à restaurer la capacité du souffrant de faire face à sa vie, à partir de ses valeurs, de son expérience et de sa subjectivité, en étant responsable de son rapport à la douleur : « *L'homme fait sa douleur – comme il fait une maladie, ou comme il fait son deuil – bien plutôt qu'il ne la reçoit ou ne la subit* ».

Les nouvelles thérapies du développement personnel comme l'hypnose, la relaxation, la sophrologie ou la méditation, ont toutes en commun de viser pareillement à aborder différemment la douleur, en confiance, pour mieux l'amadouer et vivre avec elle. Elles apprennent, chacune à sa manière, « *à l'écouter, ruser avec elle, la contourner (voire plus spécifiquement avec le MBPM, à l'intégrer), en ne se plaçant plus comme une victime passive, mais comme un acteur* » comme le résume David Le Breton.

Pour en arriver là, il aura fallu un nouveau regard et modèle de comportement intégratif de la douleur, développé notamment par Kabat-Zinn dans les années 1980, prolongé de nos jours par l'approche MBPM de Vimalaya.

Le nouveau modèle alternatif de pleine conscience de Kabat Zinn

Le premier à élaborer un modèle alternatif pour traiter la douleur grâce à la méditation et à la pleine conscience sera Kabat-Zinn. Après un doctorat de biologie moléculaire obtenu au MIT, il enseigne cette discipline à l'université du Massachusetts de Boston, où il côtoie quotidiennement des malades du département voisin d'oncologie. Pratiquant le yoga et la méditation depuis des années, il a en 1976 l'idée de créer pour eux un programme s'inspirant de ces deux traditions ancestrales, pour les aider à mieux supporter leurs douleurs.

C'est l'origine du programme MBSR (*Mindfulness Based on Stress Reduction*), ou programme de réduction du stress par la pleine conscience. Il dure huit semaines, à raison de 2h30 de cours collectif hebdomadaire, suivi d'exercices à réaliser chez soi pour apprendre à mieux se recentrer et à vivre autrement sa douleur. Comment ? En y apportant de la pleine conscience, un regard calme et dépassionné, au lieu de la fuir ou de lutter contre elle.

Kabat-Zinn définit la pleine conscience, comme le fait d'apporter « intentionnellement son attention sur le moment présent, sans jugement ». Il s'agit d'un exercice de l'attention, emprunté aux techniques de méditation bouddhiste qui invitent, dès qu'on sent qu'on est parti ailleurs, dans le futur ou dans le passé, à revenir dans le moment présent, sur sa seule respiration et sur ce qui se passe dans son corps. Dans le cas de la douleur, cela implique par exemple de prendre conscience qu'en plus de la première flèche de douleur objective que je ressens à un endroit du corps, j'ajoute souvent une seconde flèche mentale qui me fait encore plus souffrir : je commence à me raconter une histoire sur cette douleur, j'anticipe et crains ce qu'elle va devenir, je repars dans le passé qui me donne de nouvelles raisons d'avoir peur, ou qui me fait regretter mon état de malade. Si je ne peux ôter la douleur objective, je peux atténuer ou supprimer ces souffrances mentales que j'y rajoute, en apprenant à accepter ma douleur sans la juger, en me contentant d'être pleinement conscient de ce qu'elle est, sans rien projeter sur elle.

L'état de pleine conscience ainsi atteint me permet d'être plus calme et de mieux la supporter -ce qui, paradoxalement, va permettre de diminuer son ressenti subjectif !

Scientifique de formation, Kabat-Zinn va commencer dès 1978 à réaliser des études qui le rendront célèbre, dans lesquelles il étudie l'impact de son programme de pleine conscience sur la douleur. Le résultat le plus évident, vérifiable encore de nos jours, c'est que sur une échelle du ressenti de la douleur qui va de 0 à 10 sur laquelle on demande au patient de se positionner, on constate en moyenne une réduction qui va jusqu'à 50 % du ressenti de la douleur.

Des mesures effectuées en parallèle sur une population de méditants [2] et sur une population-contrôle auxquels on envoie un même courant électrique douloureux, expliquent très bien le mécanisme en jeu : les zones de ressenti de la douleur situées notamment dans l'insula antérieure sont sur-activées chez les sujets témoin alors qu'elles sont à peine activées chez les méditants qui ont appris à la recadrer et à la relativiser ; à l'inverse, les zones du cerveau mobilisées pour réguler la douleur, notamment au niveau du cortex cingulaire antérieur, sont suractivées chez les méditants qui profitent de leur entraînement, et sous-activées dans la population témoin. Pour des méditants entraînés, cette réduction du ressenti de la douleur peut même aller jusqu'à 93 %.

D'autres effets de la méditation et de la pleine conscience ont été constatés dans les très nombreuses études [3,4] qui ont suivi : La pleine conscience améliore l'humeur et la qualité de vie dans les affections et les douleurs chroniques telles la fibromyalgie, les douleurs dans le dos, l'intestin irritable, le cancer et la sclérose en plaques. C'est un antidote à l'anxiété, au stress, à la dépression, à l'épuisement et à l'irritabilité qui en résultent souvent.

L'expérience de Vimalaya et l'origine du programme MBPM

Depuis 1976, le programme MBSR de Kabat-Zinn s'est déployé dans le monde entier, à la fois auprès du grand public, en entreprise, dans des universités et pour des sportifs de haut niveau, en leur apprenant à gérer le stress et la pression souvent inévitable. Il s'est bien entendu également développé dans d'innombrables hôpitaux -rien qu'à Paris, il est appliqué entre autres au Centre Pompidou, à La Pitié Salpêtrière, et à Ste-Anne où le psychiatre Christophe André s'en est fait le chantre.

Ce programme est cependant assez exigeant et difficile à appliquer pour des patients atteints de fortes douleurs chroniques, notamment en ce qui concerne les quarante-cinq minutes d'exercice méditatif à réaliser chaque jour pendant les huit semaines du stage. C'est ce que découvrira Vimalaya qui l'a appliqué pour elle-même avant de proposer, avec l'appui et la recommandation de Kabat-Zinn, un nouveau programme plus spécifiquement adapté aux malades ayant des douleurs chroniques fortes et invalidantes : le MBPM (*Mindfulness Based on Pain Management*) ou programme de gestion de ses douleurs par la pleine conscience.

Elle construit ce nouveau programme après une expérience personnelle dramatique : à l'âge de vingt-trois ans, elle est passagère dans une voiture dont le conducteur va avoir un terrible accident, le 1 janvier 1977. Elle subit le coup du lapin, a une clavicule écrasée, une fracture du milieu de la colonne vertébrale, connaîtra une paralysie de la vessie et des douleurs épuisantes qui l'obligent à mettre fin à sa vie professionnelle. Un jour particulièrement douloureux où elle se dit qu'elle n'en peut plus d'avoir mal, mais qu'elle doit pourtant supporter sa douleur car elle n'a pas le choix, elle a soudain un déclic qui lui permet de sortir de ces injonctions contradictoires : pas la peine de lutter, ou de démissionner en craignant de ne pouvoir faire face dans

le futur, il lui faut juste « traverser ce moment présent. » La tension se relâche aussitôt, elle découvre avec calme et lucidité qu'elle peut au moins gérer ce moment présent.

Après une rechute en 1997 qui la laissera en fauteuil roulant avec une paraplégie partielle, une colonne vertébrale métallique et de nouvelles douleurs invalidantes, elle rencontre Kabat-Zinn et crée entre 2000 et 2004 Breathworks, et avec X qui a eu aussi un accident dramatique de parapente, le programme MBPM qui permet d'apprendre à des patients douloureux comment gérer leurs douleurs pour retrouver une vie aussi riche et sereine que possible.

Ce programme MBPM s'est ensuite diffusé dans une quinzaine de pays, dont le Royaume Uni, l'Australie, les pays d'Europe du Nord, et maintenant la France depuis un an, où paraît cette année son livre-clef : *Soulager la douleur avec la pleine conscience* (de Boeck, 2022). Le programme MBPM fait lui-même partie des thérapies comportementales et cognitives TCC de troisième génération.

Contenu et spécificités du programme MBPM

La base du programme MBPM est la même que pour le MBSR : il s'agit, d'une manière qui peut sembler contre-intuitive au début, d'apprendre à regarder en pleine conscience la douleur plutôt que la fuir ou la combattre, pour l'intégrer dans sa vie quotidienne de façon aussi harmonieuse et régulée que possible. Si on ne part pas dans l'angoisse du futur ou dans les regrets du passé, on peut laisser passer les pensées négatives et catastrophiques, acquérir un recul qui permet d'observer avec bienveillance nos douleurs et notre esprit qui en « rajoute » perpétuellement, pour vivre et traverser simplement l'épreuve, « au présent ».

Comme en MBSR, le principe est donc moins de vouloir supprimer la douleur physique, que de prendre conscience des souffrances mentales supplémentaires qu'on y rajoute inutilement, pour développer une relation différente avec ce qui arrive. En vivant avec plus de sérénité, avec le moins de jugement possible, on apprend à mieux se connaître et à s'ouvrir à nouveau aux autres, on ré-apprend à vivre, à gérer les émotions, le stress, l'anxiété, le mental et les douleurs.

L'objectif: une réduction des douleurs chroniques fortes et invalidantes, l'amélioration de la qualité de vie, en apprenant à explorer ses propres douleurs, pour mieux vivre avec elles.

Par rapport au MBSR, plusieurs éléments vont être développés de manière spécifique pour s'adapter aux personnes ayant des douleurs chroniques fortes et invalidantes.

Les méditations et les temps de recentrage sur soi ne dépassent pas 10 ou 15', avec des pauses et des temps de repos fréquents. On invite les participants à prendre soin d'eux et à privilégier leur confort, quitte à bouger, se lever, méditer assis, debout ou allongé, le principal étant de tester et d'explorer son corps pour ce qui convient le mieux à chacun.

La pédagogie inclue des jeux de rôle et des mises en scène vivantes pour rendre les enseignements et conseils aussi concrets et parlant que possible, de manière ludique et frappante, en plus des diapositives et explications issues des neurosciences.

Pour parler des souffrances secondaires qui se rajoutent à la douleur primaire, on ajoutera par exemple à un participant qui se prête au jeu, un coussin sur les genoux à chaque fois qu'il rajoute une nouvelle pensée ou humeur à la douleur dont il parle. À la fin, il se sent submergé, et n'a le plus souvent qu'une envie : retirer les coussins superflus, pour ne garder que le premier, celui de la douleur réelle, qui paraît dès lors plus léger à supporter !

Elle approche accordée également une attention particulière à la pleine conscience dans la vie quotidienne, pour apprendre à mieux vivre au quotidien avec ses difficultés, en faisant des efforts justes, avec des gestes adaptés. On propose pour cela des mouvements conscients très doux, intégrables par chacun, sans rentrer dans des postures de yoga compliquées.

Le programme inclue un « pacing », journal d'autoévaluation de sa douleur, sur une semaine. Le but est de permettre à chacun de prendre conscience : d'une part, des cycles auxquels répondent souvent ses propres douleurs ; d'autre part, du type d'activité qui les favorisent ou qui permettent au contraire de les atténuer ; enfin, de la durée maximale d'activité à ne pas dépasser si on veut éviter une accentuation de la douleur, quitte à jouer ensuite avec cette limite, en l'étendant progressivement. En tenant ce journal, les participants apprennent à mieux connaître leur douleur, et à composer avec elle. Vimalya a ainsi compris, lorsqu'elle l'a tenu pour elle, qu'une douleur intense se réveillait après quinze minutes d'assise immobile sur son fauteuil roulant ; en conséquence, elle s'est habituée à se lever toutes les 12 minutes, puis progressivement toutes les 15, et maintenant 20 minutes.

Le programme intègre aussi des exercices de bienveillance et d'auto compassion, fondamentaux pour cultiver une attitude d'ouverture qui permettra de prendre soin de soi, d'accepter ses limites et ses propres souffrances, ce qui permet de mieux s'ouvrir aux autres, en se décentrant de sa douleur et découvrant un nouveau mode d'être avec les autres.

Les cours se faisant en petit groupe, en rassemblant des patients souffrant tous de douleurs ou maladies chroniques, les participants développent une compréhension commune, les expériences des uns entrant en résonance avec celles des autres. Cela leur permet de découvrir une humanité commune, une interdépendance et interconnexion qu'ils sont invités à développer et partager autour d'eux, aussi souvent que possible, dans leur vie quotidienne.

Programme évolutif, sur 8 semaines, avec un apprentissage à domicile

Le programme est évolutif, et témoigne de la nouveauté contre-intuitive du modèle MBPM.

Les trois premières séances sont destinées à mieux prendre conscience de son corps et de son souffle, en développant un autre regard et une autre approche de sa douleur qu'on apprend à intégrer sans la fuir, sans lutter contre elle en se raidissant. Les participants manifestent souvent des réticences, au début, à se tourner vers leurs douleurs, mais les nombreux échanges entre eux leur permettent de comprendre qu'ils ne sont pas seuls à souffrir, les méditations guidées par une voix douce leur apprenant comment les explorer et les intégrer en développant une auto-bienveillance et auto compassion envers eux-mêmes.

À partir de la troisième semaine, la mise en place d'un journal de suivi de ses douleurs ou pacing leur offre également la possibilité de mieux comprendre les cycles de leurs douleurs, en trouvant comment ruser et composer avec elles pour éviter les montagnes russes qui les font souvent passer d'une période de suractivité relative quand la douleur diminue, à une période d'abattement lorsqu'elle revient.

Dans la quatrième semaine, on apprend à se tourner aussi vers des expériences agréables auxquelles on n'était souvent plus sensible, quand la douleur occupait tout l'espace mental. C'est la plupart du temps une expérience libératrice, qui permet aux participants de découvrir qu'ils peuvent retrouver des plaisirs de la vie. Ils font d'ailleurs souvent remarquer qu'ils n'auraient jamais accepté de se tourner vers leurs expériences agréables en début de programme, tant ils étaient, au début, focalisés sur leurs seules douleurs !

Les quatre dernières semaines sont destinées à approfondir cette réconciliation des participants avec leur propre vie : ils apprennent à voir les événements, dont leurs douleurs, dans une perspective plus vaste, ce qui leur permet d'intégrer autant les expériences agréables que désagréables, de manière sereine et quasi équivalente (semaine cinq).

Ils sont ensuite invités à comprendre que, s'ils partagent les mêmes expériences de douleur et de plaisir, ils se sentent moins seuls, découvrent une humanité commune à laquelle ils participent pleinement, ce qui contrebalance leur sentiment d'isolement dans la douleur, et ouvre encore un peu plus leur perspective ainsi que leur regard sur le monde (semaine six).

Ils sont alors invités à s'autonomiser et à développer pendant les deux dernières semaines une connexion aussi ouverte et bienveillante que possible, tout en continuant à prendre soin d'eux, en développant une attitude et un effort juste (semaines sept et huit).

Pour ceux qui le souhaitent, des cours de soutien sont ensuite proposés régulièrement, à l'issue du programme, afin d'encourager la pratique à domicile et de conserver un groupe.

Les validations scientifiques du programme MBPM

Plus d'une douzaine d'études scientifiques [5] ont été réalisées et publiées pour évaluer l'impact du programme MBPM sur la douleur. Elles témoignent d'améliorations significatives dans de nombreux domaines : le degré ressenti de la douleur ; l'interférence de la douleur dans la vie du patient ;

la diminution de la « catastrophisation de la douleur » ; son acceptation et son intégration dans la vie courante ; la capacité d'auto gérer sa douleur, y compris dans des cas de cancer [6].

Plus généralement, ces études témoignent également d'une diminution de la fatigue et de la détresse émotionnelle dans lesquelles la douleur plonge souvent les participants, ainsi que d'une amélioration de leur qualité de vie [7], de leur bien-être, du sommeil, de la vitalité, de leur degré de présence consciente et de leur capacité d'auto compassion.

Nous ne citerons que quelques-unes de ces études centrées sur la douleur et le MBPM :

- Une étude sur la qualité de vie dans la douleur chronique par Lamé et al. (2003) a ainsi révélé que « la catastrophisation de la douleur » s'est avérée être le facteur prédictif le plus important de la qualité de vie, et que sa diminution permet une meilleure santé et vitalité.
- Des publications académiques ont analysé l'impact du programme (2010–2018)[8], en intégrant des essais contrôlés randomisés, des études basées sur des entretiens individuels, et une revue de littérature sur le sujet. La conclusion a été : « *Il y a un bénéfice potentiel clair pour la pleine conscience aidant les personnes souffrant de maladies de longue durée et de douleurs chroniques* ».
- Deux études ont utilisé des mesures objectives (2013) [9], notamment une tâche d'association implicite (IAT) et un balayage cérébral par électroencéphalogramme (EEG). Brown et Jones en ont conclu : « *Le programme MBPM Breathworks a amélioré le bien-être mental des patients et leur sentiment de pouvoir contrôler leurs symptômes de douleur. Ces améliorations étaient liées à des changements dans les modèles d'activité dans les régions du cerveau impliquées dans le contrôle cognitif et la régulation émotionnelle* ».
- Une étude sur des participants souffrant de maux de dos persistants (2014) [10], basée sur l'observation et des entretiens 6 et 12 mois après le programme, a montré que ces améliorations passent notamment par une meilleure capacité à réagir aux signes avant-coureurs de poussées douloureuses, en vivant en harmonie avec la douleur plutôt que de se contracter contre elle, en cessant de se blâmer ou se culpabiliser pour les périodes de poussées douloureuses.
- Long a analysé des entretiens avec d'anciens participants au programme MBPM (2016), pour étudier les changements apportés dans la gestion de leur maladie chronique et dans leur mode de vie quotidien. Il en ressort des bénéfices très significatifs pour le bien-être de la plupart des participants, avec des effets durables, jusqu'à 8 ou 9 ans dans certains cas.
- Une analyse des données de suivi sur l'impact à long terme du programme² montre que, par rapport aux données préalables au programme, les participants continuent à ressentir les améliorations précitées. Un an après la fin du programme, elles se font toujours ressentir, sauf en

cas d'augmentation de la sévérité de la douleur et de son degré d'acceptation.

- Plusieurs études ont évalué l'impact du MBPM sur des affections chroniques spécifiques [11,12]. Elles témoignent d'améliorations significatives pour des affections telles que les douleurs musculo-squelettiques, les lésions de la moelle épinière, les maux de dos chroniques, ou le cancer.

L'expérience du programme MBPM à La Pitié Salpêtrière

Grâce à l'appui du Docteur Ximena Garcia, nous avons pu expérimenter le programme MBPM au Centre anti-douleur de la Pitié-Salpêtrière, auprès de patients volontaires. Après la première session effectuée en 2021, et à la demande des participants qui avaient été très satisfaits de leur expérience, le programme a pu être reconduit pour de nouvelles sessions en 2022, avec des réunions de soutien également proposées aux anciens participants.

Chaque session est différente, comme en témoigne le début de cet article, le dénominateur commun étant que les participants participent activement aux cours, aiment échanger entre eux, la simple découverte qu'ils ne sont pas seuls à souffrir étant profondément rassurant et libérateur, ce qui contribue certainement à la réussite du programme.

Lors d'une brève enquête effectuée à la fin de la première session, nous avons pu constater de la même manière qu'au-delà d'une satisfaction exprimée à plus de 90 %, on constatait des améliorations très significatives pour les items concernant le ressenti de la douleur et la diminution des pensées catastrophisantes.

Le Docteur Ximena Garcia, qui a participé à toutes les séances, peut témoigner de son ressenti du vécu des participants qui ont tendance à se prendre en main, de manière parfois très différente de leur vécu en consultation où ils sont plus tendance à être en position de victime.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Levy I. La douleur : signification, expression, syndrome méditerranéen. *Rev Int Soins Palliatifs* 2013;28:215–9.
- [2] André C. La méditation de pleine conscience. *Cervo & Psycho* 2010;41 [https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/comportement/la-meditation-de-pleine-conscience-6128.php].
- [3] Berghmans C, Tarquinio C, Marina K, Strub L. La méditation comme outil psychothérapeutique complémentaire : une revue de question. *J Ther Comport Cogn* 2009;19:120–35.
- [4] Loucks EB. Health effects of mindfulness based stress reduction: a review of systematic reviews and meta-analysis. Association pour le Développement de la Mindfulness: https://www.association-mindfulness.org/docs/Health_Effects_of_MBSR_3_20_19.pdf.
- [5] Breathworks Mindfulness for Health Course Overview & Impact Summary 20221. Mindfulness for Health

² Analyse des données de suivi sur l'impact à long terme du programme Breathworks MBPM, poster *presentation to the British Pain Society Annual Scientific Meeting* (2021).

- (MfH) Mindfulness-Based Pain Management (MBPM): <https://www.breathworks-mindfulness.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=a5fc383e-e61b-44f5-8ada-7a1c8e37cccf>.
- [6] Llácer LA, Ramos-Campos M. Mindfulness and cancer: application of the breathworks 'living well with pain' mindfulness-based pain management programme. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)* 2018;3, <http://dx.doi.org/10.37536/RIECS.2018.3.2.101>.
- [7] Cusens B, Geoffrey B, Duggan GB, Thorne K, Burch V. Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: effects of well-being and multiple measures of mindfulness. *Clin Psychol Psychother* 2010;17:63–78.
- [8] Mehan S, Morris J. A literature review of breathworks and mindfulness intervention. *Br J Healthc Manag* 2018;24, <http://dx.doi.org/10.12968/bjhc.2018.24.5.235>.
- [9] Brown CA, Jones AKP. Psychobiological correlates of improved mental health in patients with musculoskeletal pain after a mindfulness-based pain management programme. *Clin J Pain* 2013;29:233–44.
- [10] Doran NJ. Experiencing wellness within illness: exploring a mindfulness-based approach to chronic back pain. *Qual Health Res* 2014;24:749–60.
- [11] Lopes SA, Vannucchi BP, Demarzo M, Cunha AGJ, do Patrocínio Tenório Nunes M. Effectiveness of a mindfulness-based intervention in the management of musculoskeletal pain in nursing workers. *Pain Manag Nurs* 2019;20:32–8.
- [12] Agostinis C, Barrow A, Taylor M, Gray C. Self-selection all the way: improving patients' pain experience and outcomes on a pilot breathworks mindfulness for health programme. *Br Pain Soc ASM* 2017, <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.14157.23526>.