Que penser de la thérapie par la conscience et l'expression des émotions (*Emotional Awareness and Expression Therapy*) pour le traitement de la douleur chronique chez les personnes âgées ?

Référence

Yarns BC, Jackson NJ, Alas A, et al. Emotional awareness and expression therapy vs cognitive behavioral therapy for chronic pain in older Veterans. JAMA Network Open 2024;7:e2415842. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.15842

Analyse de

Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Une rééducation progressive intensive est-elle plus efficace que la rééducation habituelle pour les personnes opérées pour la première fois d'une prothèse totale du genou ?

Contexte

Dans les pays développés, la douleur chronique touche environ 20% de la population adulte (1). En outre, la douleur chronique augmente avec l'âge et affecte la qualité de vie (2-7). Des analyses de Minerva ont déjà discuté de l'utilité de l'éducation et de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (8,9) ainsi que de l'hypnose et de la pleine conscience (10,11) pour le traitement de la douleur chronique. Une étude randomisée contrôlée, de bonne qualité méthodologique, a montré que les séances de TCC ou d'éducation en groupe sont réalisables et qu'elles sont au moins aussi efficaces que la prise en charge habituelle chez les adultes souffrant de douleur chronique et ayant un faible niveau de formation (10,11). Une autre étude randomisée contrôlée a montré que l'hypnose et la pleine conscience réduisaient la douleur dans une mesure limitée chez des vétérans souffrant de douleur chronique (8,9). D'autres études ont également montré que la thérapie par la conscience et l'expression des émotions (*Emotional Awareness and Expression Therapy*, EAET) était supérieure à la thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de la douleur chronique (12,13). Cette thérapie est centrée principalement sur la gestion et la régulation des émotions ; elle a été réexaminée dans le cadre d'une étude menée chez des vétérans âgés (14).

Résumé

Population étudiée

- recrutement sur recommandation des cliniques ambulatoires de Los Angeles, par le biais de lettres aux patients, ainsi qu'au moyen de dépliants pour les personnes susceptibles de s'inscrire par elles-mêmes
- critères d'inclusion : vétérans âgés de 60 à 95 ans souffrant depuis au moins trois mois de douleurs musculosquelettiques (douleurs au niveau du dos, des jambes ou du bassin) ; de douleurs cervicales ou d'un syndrome cervical traumatique ; de troubles de l'articulation de la mâchoire ; de fibromyalgie ; de céphalées de tension ; ou d'une combinaison de ces problèmes
- critères d'exclusion : douleur secondaire à une autre affection telle que cancer, maladie auto-immune, drépanocytose, névralgie, brûlure, infection, syndrome de la queue de cheval, goutte, migraine ou céphalée en grappe (aussi appelée céphalée vasculaire ou algie vasculaire de la face), arthrose de la hanche ou du genou confirmée à la radiographie, radiculopathie, syndrome du canal carpien ou du canal tarsien confirmé à l'électromyographie, ainsi que trouble psychotique ou trouble de l'humeur sévère non contrôlé par des médicaments, abus sévère d'alcool et de substances, test de Folstein (MMSE) ≤ 24 , implication dans un litige juridique lié à la douleur, participation récente à une EAET ou à une TCC dans le cadre d'une prise en charge clinique, participation à une TCC au cours des trois derniers mois, maîtrise insuffisante de l'anglais, déménagement prévu dans les six prochains mois

- finalement, inclusion de 126 personnes ; âge moyen : 71,9 ans (écart-type (ET) 5,9 ans), 92% d'hommes ; 55% étaient des Noirs ou des Afro-américains, et 31% étaient des Blancs ; 96% des participants ont déclaré souffrir de douleurs dorsales (96%), souvent associées à d'autres localisations de la douleur ; la douleur était présente en moyenne depuis 23,3 ans (ET 17,7 ans), et 11% des participants prenaient des opioïdes ; 69% des participants souffraient d'une maladie psychiatrique, et 37% d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ; les participants étaient atteints en moyenne de 5 (ET 2,4) maladies chroniques et prenaient en moyenne 9,6 (ET 4,8) médicaments prescrits.

Protocole de l'étude

Étude contrôlée randomisée menée en ouvert avec deux bras d'étude en parallèle :

- thérapie par la conscience et l'expression des émotions (EAET) (n = 66) : cette thérapie aide le patient à reconnaître les émotions refoulées, qui sont souvent liées à des conflits non résolus ou à des traumatismes passés et l'aide à les exprimer et les gérer de manière saine ; par la gestion de ces émotions, on espère une amélioration des symptômes psychologiques et physiques
- thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (n = 60) : remplacement des schémas de pensée et de comportement inappropriés par d'autres compétences d'adaptation appropriées, en partant du principe que la douleur chronique entraîne des schémas de pensées, de sentiments et de comportements négatifs, ce qui provoque une aggravation de la douleur et une diminution des capacités fonctionnelles
- les deux traitements consistaient en une séance individuelle suivie de 8 séances de groupe de 90 minutes chacune ; toutes les séances ont eu lieu en face à face ; les groupes étaient composés en moyenne de 6,3 personnes (ET 1,6), et les patients ont participé en moyenne à 5,5 séances de groupe (ET 2,7) ; les séances d'EAET ont été dispensées par un psychologue, deux psychiatres et un psychiatre stagiaire (qui a obtenu son diplôme au cours de l'étude), tandis que les séances de TCC ont été dispensées par un psychologue et trois étudiants en psychologie gériatrique post-doctorants.

Mesure des résultats

- principal critère d'évaluation :
 - différence entre les groupes en termes de sévérité de la douleur mesurée à l'aide du Questionnaire concis de la douleur (*Brief Pain Inventory*) au départ, après le traitement (10 semaines) et après 6 mois
 - différence entre les groupes en termes de diminution cliniquement pertinente de la douleur d'au moins 30%, 50% ou 70% par rapport à la douleur de départ
- critères d'évaluation secondaires : anxiété, dépression, fatigue, qualité de vie, interférence de la douleur (influence de la douleur sur le fonctionnement quotidien), troubles du sommeil, changement global perçu, satisfaction vis-à-vis de la thérapie et du thérapeute, trouble de stress post-traumatique (TSPT)
- analyse en intention de traiter
- **modèle de régression linéaire à effets mixtes** avec EAET versus TCC et temps comme variables indépendantes
- analyse de la modération pour connaître l'influence de la dépression, de l'anxiété et des symptômes de TSPT sur l'efficacité du traitement.

Résultats

- principal critère de jugement :
 - l'EAET a entraîné une diminution de la douleur, statistiquement significative par comparaison avec la TCC, tant après 10 semaines (différence moyenne de -1,59 avec IC à 95% de -2,35 à -0,83 ; $p < 0,001$) qu'après 6 mois (différence moyenne de -1,01 avec IC à 95% de -1,78 à -0,24 ; $p = 0,01$)
 - un plus grand nombre de personnes dans le groupe EAET que dans le groupe TCC ont obtenu une réduction de la douleur cliniquement pertinente d'au moins 30%, à la fois après 10 semaines (63% contre 17% ; OR de 21,54 avec IC à 95% de 4,66 à 99,56 ; $p < 0,001$) et après 6 mois (41% contre 14% ; OR de 7,24 avec IC à 95% de 1,74 à 30,06 ; $p = 0,006$)
- résultats des critères de jugement secondaires :

- après 10 semaines, le groupe EAET, par rapport au groupe TCC, a obtenu une amélioration statistiquement significative de l'anxiété (différence moyenne de -2,49 avec IC à 95% de -4,30 à -0,68 ; p = 0,006), de la dépression (différence moyenne de -3,06 avec IC à 95% de -5,88 à -0,25 ; p = 0,03), de la qualité de vie générale (différence moyenne de 1,23 avec IC à 95% de 0,36 à 2,10 ; p = 0,005), des symptômes de TSPT (différence moyenne de -4,39 avec; IC à 95% de -8,44 à -0,34 ; p = 0,03), du changement global perçu (différence moyenne de 1,46 avec IC à 95% de 0,77 à 2,15 ; p < 0,001), de la satisfaction globale (différence moyenne de 0,28 avec IC à 95% de 0,12 à 0,45 ; p < 0,001)
- après 10 semaines, le groupe EAET, par rapport au groupe TCC, a obtenu une amélioration statistiquement significative de la dépression (différence moyenne de -2,39 avec IC à 95% de -4,33 à -0,45 ; p = 0,02) et du changement global perçu (différence moyenne de 1,24 avec IC à 95% de 0,62 à 1,86 ; p < 0,001)
- les personnes présentant des niveaux plus élevés de dépression, d'anxiété et de TSPT au départ ont ressenti un effet plus important de l'EAET que de la TCC.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que les résultats de cette étude clinique randomisée suggèrent que la thérapie par la conscience et l'expression des émotions pourrait être une intervention à privilégier chez les patients souffrant de douleurs compliquées sur le plan médical et psychiatrique. Le fardeau social de la douleur chronique pourrait être encore réduit en intégrant davantage les principes de la thérapie par la conscience et l'expression des émotions dans les soins cliniques habituels de la douleur chronique.

Financement de l'étude

Le projet a été financé par la bourse de développement de carrière (*Career Development Award*).

Conflits d'intérêt des auteurs

Trois auteurs ont reçu des subventions du Département américain des Anciens Combattants, un autre a reçu des subventions du National Institute of Nursing Research en dehors de ce travail et une compensation personnelle de Cognifisense, une organisation de technologie de thérapie numérique, pour avoir assuré une formation aux travailleurs sociaux sur la thérapie qui fait objet de cette étude et de plusieurs sociétés pharmaceutiques en dehors du travail présenté ; d'autres ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

Cette étude randomisée contrôlée, en ouvert, a été menée de manière rigoureuse, et le rapport a été élaboré conformément aux directives CONSORT. Un protocole a été établi et enregistré au préalable. Un chercheur en aveugle a généré le schéma de randomisation à l'aide d'un programme informatique. Le secret d'attribution a été préservé. Les thérapeutes connaissaient évidemment la thérapie attribuée. Il en est de même pour les participants. Cependant, pour réduire les biais de performance et de détection, les participants n'ont pas été informés de l'hypothèse de recherche. Les deux traitements leur ont été présentés comme étant efficaces contre la douleur chronique et ont été administrés par des thérapeutes formés sur la base des manuels disponibles. En outre, les deux groupes ont bénéficié du même nombre de séances individuelles et collectives, les séances étant de même durée pour les deux groupes, et les méthodes didactiques utilisées étaient similaires. La douleur étant un sentiment subjectif, il n'y avait pas d'autre choix que d'utiliser un questionnaire d'auto-évaluation validé. Le biais dû aux réponses socialement souhaitables pourrait être limité vu que les participants ne connaissaient pas l'hypothèse de recherche.

Pour vérifier que les traitements ont été mis en œuvre correctement et de manière uniforme, les séances ont été enregistrées, et un superviseur externe a assisté à certaines séances pour évaluer la mise en œuvre correcte du traitement à l'aide d'un formulaire d'évaluation standardisé. Dans l'ensemble, l'observance du protocole de traitement était bonne. Les chercheurs ont également effectué un calcul de puissance a priori pour la variation de la sévérité de la douleur après 10 semaines de traitement (principal critère d'évaluation). Il en ressortait qu'il fallait 120 personnes (60 par groupe) pour que l'on puisse constater une différence moyenne de 0,70 point sur 10 points. Cette estimation était basée sans référence sur des données préliminaires de la population. Finalement, 126 participants ont été randomisés, dont 111 ont rempli le questionnaire après

10 semaines de traitement, et 104, après le suivi. À 10 semaines, le nombre de participants était donc trop faible pour permettre une analyse, mais, malgré cette limitation, les chercheurs ont tout de même trouvé de nombreux résultats statistiquement significatifs.

Évaluation des résultats

Les résultats montrent que la thérapie par la conscience et l'expression des émotions a un meilleur effet thérapeutique que la thérapie cognitivo-comportementale pour la prise en charge de la douleur chronique chez les personnes âgées. Sur une échelle de 0 à 10, l'intensité de la douleur dans le groupe intervention, par rapport au groupe de contrôle, avait diminué en moyenne d'un point et demi de plus après 10 semaines de traitement et d'un point de plus après un suivi d'une durée de 6 mois. Après dichotomisation des résultats, on a également constaté un net gain dans le groupe ayant suivi une thérapie par la conscience et l'expression des émotions. La probabilité d'obtenir une diminution cliniquement pertinente d'au moins 30% de la douleur (c'est-à-dire une diminution de 3 points) par rapport à la situation de départ était 20 fois plus élevée dans le groupe intervention que dans le groupe de contrôle après 10 semaines de traitement. Bien que la diminution de la douleur soit plus importante avec l'EAET qu'avec la TCC, il faut tout de même souligner que les deux traitements ont entraîné une diminution statistiquement significative de la douleur après 10 semaines de traitement. Cependant, l'effet obtenu avec la TCC n'a pas persisté au-delà de 6 mois de suivi, contrairement à celui de l'EAET. Cela pourrait indiquer que l'EAET est un traitement plus efficace surtout à long terme. En outre, nous constatons également que les séances d'EAET étaient principalement dirigées par des psychologues et des psychiatres diplômés, tandis que la TCC impliquait des étudiants en psychologie post-doctorants. Il est possible que la formation et l'expérience des thérapeutes aient contribué à déterminer l'effet et que les résultats de la TCC dans cette étude aient été sous-estimés parce qu'elle était pratiquée par des thérapeutes moins expérimentés.

Cette étude permet de formuler des remarques importantes concernant l'extrapolation des résultats à la population âgée belge. L'étude a été menée aux États-Unis, et la population, à savoir des anciens combattants, était composée essentiellement d'hommes. Ce point est important car les recherches montrent qu'en moyenne, les hommes cherchent moins à obtenir de l'aide et abandonnent plus rapidement le traitement (15-18), ce qui, dans la pratique clinique réelle, pourrait donner lieu à des résultats plus faibles chez les hommes. La douleur chronique est également plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (19-22). En outre, il s'agit d'une population qui présente souvent une prévalence élevée de douleurs et de troubles psychiatriques complexes, notamment le syndrome de stress post-traumatique (sa prévalence était de 37% dans cette étude) (23-26). Ces chiffres ne sont pas représentatifs de la population âgée générale en Belgique. Les résultats peuvent donc être extrapolés principalement à des hommes âgés souffrant de douleurs chroniques primaires avec une comorbidité psychiatrique (complexe). En outre, la présence importante de TSPT et d'autres symptômes psychologiques dans cet échantillon pourrait expliquer en partie pourquoi l'EAET semble être si efficace dans ce groupe de personnes ayant subi un traumatisme (non traité). En outre, l'analyse de modération montre que l'effet de l'EAET est d'autant plus important que les symptômes émotionnels sont nombreux, qu'il s'agisse de symptômes dépressifs, de symptômes d'anxiété ou de TSPT. Il convient toutefois d'ajouter qu'étaient exclues les personnes souffrant de troubles psychotiques ou de troubles de l'humeur graves non contrôlés par des médicaments, d'abus de substances graves et de troubles cognitifs (MMSE ≤ 24). Cela complique également l'extrapolation, car le syndrome de stress post-traumatique et l'abus de substances psychoactives sont souvent associés. La moitié de la population étudiée était composée de Noirs ou d'Afro-américains, ce qui ne correspond donc pas non plus à la population âgée moyenne en Belgique. Enfin, notons l'importante hétérogénéité de la durée de la douleur : 23,3 ans en moyenne, mais avec un large éventail (ET : 17,7).

Que disent les guides de pratique clinique ?

Un guide de pratique clinique du Groupe de travail Développement de Guides de pratique de Première ligne (*Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn*, WOREL) de 2017 (27) sur la prise en charge de la douleur chronique en première ligne de soins recommande principalement, comme traitement non médicamenteux, l'activité physique, la thérapie par l'exercice et la thérapie manuelle (respectivement GRADE 1A, 2B et 2C). On recommande également d'envisager la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (GRADE 2C), tandis que la thérapie par la conscience et l'expression des émotions (EAET) n'est pas mentionnée. Le guide NICE sur la gestion de la douleur chronique (28) recommande également l'activité physique, la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) et la thérapie cognitivo-comportementale ; il ne mentionne pas non plus l'EAET.

Conclusion de Minerva

Cette étude randomisée contrôlée, menée en ouvert, qui a été menée correctement d'un point de vue méthodologique, montre que la thérapie par la conscience et l'expression des émotions est supérieure à la thérapie cognitivo-comportementale dans une population de vétérans âgés, essentiellement composée d'hommes, souffrant de douleurs chroniques. L'extrapolation à la population âgée générale souffrant de douleur chronique est rendue difficile en raison de la population spécifique étudiée, une population masculine présentant souvent également des troubles psychiatriques complexes. Il est donc certainement souhaitable de poursuivre les recherches sur l'utilisation de la thérapie par la conscience et l'expression des émotions comme alternative à la thérapie cognitivo-comportementale dans un groupe plus large de personnes souffrant de douleur chronique primaire.

Références : voir site web.