

Efficacité des interventions de pleine conscience en ligne chez les anciens combattants souffrant de douleur chronique

Référence

Burgess DJ, Calvert C, Campbell EM, et al. Telehealth mindfulness-based interventions for chronic pain. *JAMA Intern Med.* 2024;184:1163-73. DOI:10.1001/jamainternmed.2024.3940

Analyse de

Eveline Raemdonck, clinisch psycholoog
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quelle est l'efficacité des interventions de pleine conscience en ligne, par comparaison avec une prise en charge classique, sur l'expérience de la douleur et les résultats biopsychosociaux chez les anciens combattants présentant des symptômes de douleur chronique légère à sévère ?

Contexte

La douleur chronique est un problème très fréquent chez les anciens combattants (1,2). Plusieurs guides de pratique clinique recommandent des interventions non médicamenteuses, telles que la pleine conscience, comme traitement de la douleur chronique et de la comorbidité (3,4). La recherche montre que les interventions basées sur la pleine conscience peuvent réduire les symptômes de douleur et les symptômes comorbides, tels que la dépression ou les troubles du sommeil (5-8). Cependant, certaines études présentent des résultats contradictoires concernant l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience. Dans *Minerva*, nous avons discuté d'une étude randomisée contrôlée (RCT) qui montrait que l'hypnose, la pleine conscience et l'éducation à la douleur entraînaient à une légère diminution de la douleur chez les anciens combattants souffrant de douleurs chroniques d'origines diverses (9,10). Récemment, nous avons aussi publié un commentaire à propos d'une synthèse méthodique avec méta-analyse qui montrait que les applications pour la pleine conscience réduisaient dans une certaine mesure les symptômes d'anxiété et les symptômes dépressifs, par comparaison avec les contrôles actifs et les contrôles passifs (11,12). Par ailleurs, plusieurs obstacles pratiques entravent ou empêchent la mise en œuvre de la pleine conscience, tels que le temps disponible pour les séances et les exercices, l'évolutivité et l'accessibilité (13). Compte tenu des résultats contradictoires et des obstacles à la mise en œuvre, il est nécessaire de mener davantage de recherches (pragmatiques) portant sur l'effet de la pleine conscience sur la douleur chronique et les symptômes comorbides (14).

Résumé

Population étudiée

- recrutement de participants dans trois établissements de soins pour anciens combattants aux États-Unis
- critères d'inclusion : deux diagnostics de douleur appartenant à la même catégorie diagnostique (Modification clinique de la CIM-10) au cours des deux dernières années avec un intervalle d'au moins 90 jours, douleur présente depuis ≥ 6 mois, intensité moyenne de la douleur ≥ 4 (sur une échelle de 0 à 10) au cours de la semaine écoulée, accès à Internet et à un téléphone portable et engagement à participer aux procédures associées à l'intervention (telles que les réunions en ligne)
- critères d'exclusion : participation à une autre étude sur la douleur ou à une intervention de pleine conscience, symptômes psychotiques, idées suicidaires actives, dépression majeure, épisode maniaque, trouble borderline mal géré, signes de troubles graves du comportement.
- finalement, inclusion de 811 anciens combattants ayant en moyenne 54,6 ans (écart-type (ET) 12,9 ans), dont 387 femmes (47,7%) ; 404 participants (49,8%) étaient titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur, 248 (30,6%) jouissaient d'une situation financière confortable ; le diagnostic le plus fréquent était représenté par les douleurs dans les membres (arthrose) ($n = 562$, 69,3%), en deuxième place se retrouvaient les dorsalgies ($n = 387$, 48%) ; 509 participants (62,8%)

présentaient au moins un trouble mental dans leur dossier médical ; 76% des participants prenaient des analgésiques topiques, 83%, des analgésiques non opioïdes, 24,7%, des analgésiques opioïdes, et 10,7% avaient reçu des injections au niveau de la colonne vertébrale (infiltrations rachidiennes).

Protocole de l'étude

- étude pragmatique randomisée contrôlée avec trois groupes d'étude :
 - formation en ligne à la pleine conscience en groupe : séances hebdomadaires de 90 minutes en groupe par vidéoconférence, axées sur les connaissances et les compétences concernant la régulation de l'attention et des émotions, la prise de conscience du corps et le changement des perceptions de soi
 - formation en ligne à la pleine conscience de manière individuelle (chaque participant allant à son propre rythme) : alternance de séances vidéo en ligne de 30 à 60 minutes sans interaction avec le groupe et de trois appels téléphoniques avec un coach, le contenu étant le même que pour le premier groupe
 - groupe témoin : prise en charge classique et pas d'accès à la pleine conscience jusqu'à la fin du suivi
- chez les participants des trois groupes, la douleur a été prise en charge de la manière habituelle.

Mesure des résultats

- principal critère de jugement : changement dans les capacités fonctionnelles en rapport avec la douleur dans plusieurs domaines (globalement, humeur, marche, travail, relations, sommeil et plaisir de vivre), mesuré à l'aide d'une sous-échelle du **questionnaire concis de la douleur (Brief Pain Inventory, BPI)**
- critères de jugement secondaires :
 - capacités physiques, anxiété, fatigue, troubles du sommeil, participation à des activités sociales et participation à des rôles sociaux ; la mesure est effectuée en utilisant le profil du système d'information sur la mesure des résultats perçus par le patient (*Patient-Reported Outcomes Measurement Information System, PROMIS*) à 29 items
 - sentiments dépressifs, mesurés à l'aide de l'échelle de dépression du questionnaire sur la santé du patient (*Patient Health Questionnaire*)
 - symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT), mesurés à l'aide de la liste de contrôle du TSPT pour le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)
 - changement dans l'intensité de la douleur ; la mesure est effectuée au moyen du BPI
 - changement dans la perception de la douleur ; la mesure est effectuée au moyen de l'évaluation de la douleur globale (*Pain Globale Rating of Change*)
 - évènements indésirables
 - recours à des interventions antalgiques supplémentaires
- mesure du principal critère de jugement et des critères de jugement secondaires en début d'étude et à 10 semaines, à 6 mois et à 12 mois
- analyse en intention de traiter.

Résultats

- résultats du principal critère de jugement :
 - les scores d'interférence de la douleur étaient significativement plus faibles avec la formation en ligne à la pleine conscience en groupe que dans le groupe témoin, et ce aux trois moments de mesure : différence de -0,4 avec IC à 95% de -0,7 à -0,2 ; $p = 0,002$; ampleur de l'effet de -0,2 (avec IC à 95% de -0,4 à -0,1)
 - les scores d'interférence de la douleur étaient significativement plus faibles avec la formation en ligne à la pleine conscience de manière individuelle que dans le groupe témoin, et ce aux trois moments de mesure : différence de -0,7 avec IC à 95% de -1,0 à -0,4 ; $p < 0,001$; ampleur de l'effet de -0,4 (avec IC à 95% de -0,5 à -0,2)
 - pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes d'intervention, et ce à aucun des trois moments de mesure
- résultats des critères de jugement secondaires :
 - amélioration statistiquement significative avec la formation en ligne à la pleine conscience, par comparaison avec le groupe témoin, pour presque tous les critères de

jugement secondaires (intensité de la douleur, capacités physiques, fatigue, qualité du sommeil, participation aux rôles sociaux et participation aux activités sociales, symptômes dépressifs, changement perçu au niveau de la douleur, et symptômes de TSPT), sauf pour l'anxiété (diminution significative, par rapport au groupe témoin, uniquement avec la formation en ligne à la pleine conscience de manière individuelle)

- pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes intervention pour tous les critères de jugement secondaires
- aucun effet indésirable grave n'a été observé, et ce dans aucun des trois groupes de l'étude ; à 10 semaines, les effets indésirables étaient statistiquement moins nombreux dans les groupes intervention que dans le groupe témoin : une augmentation des symptômes psychologiques et physiques (anxiété, fatigue, isolement/solitude, souvenirs intrusifs, sensibilité aux déclencheurs, tristesse, autres symptômes mentaux ou physiques) a été signalée par 27% des anciens combattants ayant suivi une formation à la pleine conscience en groupe et 23% des anciens combattants ayant suivi une formation à la pleine conscience de manière individuelle contre 53% des anciens combattants du groupe témoin.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que la formation en ligne à la pleine conscience a entraîné une amélioration de la fonction liée à la douleur et une amélioration des résultats biopsychosociaux, par comparaison avec la prise en charge habituelle, chez des vétérans souffrant de douleur chronique. Avec relativement peu de ressources, la formation en ligne à la pleine conscience pourrait contribuer à une accélération et une amélioration de la mise en œuvre des traitements non pharmacologiques de la douleur dans les soins de santé.

Financement de l'étude

US Army Medical Research Acquisition Activity, Assistant Secretary of Defense for Health Affairs endorsed by the Department of Defense, NCCIH, Office of Behavioral and Social Sciences Research, Minneapolis VA Health Care System, Durham VA Health Care System, et VA Greater Los Angeles Healthcare System.

Conflits d'intérêt des auteurs

Quatre auteurs déclarent un conflit d'intérêts ; les autres auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts dans le cadre de cette étude.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

La méthodologie de cette RCT pragmatique a été décrite dans de précédentes publications (15,16). Pour la présentation des résultats, les auteurs ont respecté les Standards fusionnés dans la rédaction d'essais thérapeutiques (*Consolidated Standards of Reporting Trials*, CONSORT). Ils ont également utilisé la liste de contrôle TIDieR (*Template for Intervention Description and Replication*) pour décrire méthodiquement l'intervention. Les auteurs décrivent clairement les critères d'inclusion et d'exclusion dans l'article et les suppléments. Par ailleurs, 81% des anciens combattants contactés n'ont pas souhaité participer ou n'ont pas répondu à l'invitation. Les vétérans qui se sont portés candidats à cette étude étaient donc peut-être principalement des personnes motivées, ce qui a pu entraîner un biais de sélection. Comme indiqué dans une précédente discussion de Minerva, la motivation et les préférences du patient peuvent influencer favorablement l'efficacité du traitement (17). La taille de l'échantillon a été déterminée a priori pour détecter à 1 an une taille d'effet de 0,33 entre les groupes avec une puissance de 80%. Les auteurs n'expliquent toutefois pas clairement de quelle manière cette taille d'effet a été déterminée. Il est donc difficile d'évaluer la pertinence clinique de ces résultats. La randomisation des vétérans entre les groupes d'intervention et le groupe témoin a été contrôlée par ordinateur et effectuée en aveugle (secret de l'attribution). La population de l'étude a été stratifiée en fonction du sexe, de manière à obtenir des groupes équivalents. L'équipe de recherche responsable de la mesure des résultats ne savait pas de quel groupe d'étude les participants faisaient partie. Mais il n'a pas été possible de mettre en aveugle les participants et les coaches en pleine conscience, ce qui fait qu'un biais de performance ne peut être exclu. Il y a aussi un risque de biais de détection en raison

du recours à l'autodéclaration. Néanmoins, l'analyse des données en intention de traiter avec imputation des données manquantes limite le risque de biais d'attrition.

Évaluation des résultats

Les deux formes de pleine conscience ont été plus efficaces que le contrôle en termes de capacités fonctionnelles en rapport avec la douleur. À 10 semaines, l'effet sur les capacités fonctionnelles en rapport avec la douleur était statistiquement plus important avec la formation à la pleine conscience de manière individuelle qu'avec la formation à la pleine conscience en groupe, mais la différence était faible, et l'intervalle de confiance était large. Cela n'a pas perduré à six mois et à un an. Les auteurs avancent prudemment une explication : les deux groupes bénéficiaient d'une forme de soutien qui était peut-être encore plus adaptée avec la formation individuelle. Étant donné qu'environ la moitié des participants du groupe témoin ont également eu recours à la méditation et à des exercices de pleine conscience tout au long de la journée et que de nombreux participants ont suivi d'autres modalités de traitement, cette étude ne nous permet pas de déterminer quels sont les composants actifs spécifiques de chaque groupe d'étude. Les femmes ont été incluses en nombre suffisant, ce qui facilite l'extrapolation des résultats. En outre, l'échantillon représentait également des vétérans issus de milieux pauvres ou précarisés et présentant des troubles psychiatriques hétérogènes liés à la douleur chronique et à la comorbidité. Néanmoins, la prudence est de rigueur pour l'extrapolation des résultats à d'autres populations. Par exemple, seuls ont été pris en compte des vétérans ayant accès à un smartphone ou à Internet. En outre, nous devons également tenir compte du fait que, chez les vétérans, la prévalence des douleurs et des troubles psychiatriques comorbides est élevée (1,2), ce qui complique la généralisation des résultats de l'étude à la population générale. D'autre part, les chercheurs ont exclu les participants présentant des troubles psychiatriques graves ou instables. Il s'agit d'une étude pragmatique, ce qui correspond bien à la pratique clinique. Enfin, 694 vétérans (85,6%) ont terminé l'intervention. L'observance, définie comme ≥ 6 séances en groupe ou ≥ 2 entretiens en ligne avec le coach, était de 69% dans la formation à la pleine conscience en groupe et de 76% dans la formation individuelle. Après 10 semaines, 78,6% des vétérans des deux groupes d'intervention ont déclaré avoir participé chaque semaine à des exercices de pleine conscience, et après 12 semaines, 66,5%. L'observance légèrement plus élevée avec la formation individuelle a donc diminué au fil du temps. Il est possible que les participants qui ont continué plus longtemps étaient surtout des participants motivés, ce qui neutralise l'utilité d'un coaching individuel mais surestime en même temps l'effet à long terme.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Le guide de pratique clinique mis à jour par le groupe de travail pour le développement des guides de pratique clinique destinés à la première ligne (*Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn*, WOREL) de 2024 recommande une approche multimodale pour traiter la douleur chronique primaire chez les adultes. Les traitements non médicamenteux comprennent l'éducation et le conseil en matière de douleur, l'activité physique et les exercices, les interventions sur le mode de vie et les interventions psychosociales (y compris la réduction du stress en se basant sur la pleine conscience ; GRADE 2C). Malgré le faible degré de certitude des preuves scientifiques, les guides de pratique clinique concluent que les interventions de pleine conscience peuvent améliorer la douleur, la qualité de vie et la santé mentale chez les patients souffrant de douleur chronique primaire (18).

Conclusion de Minerva

Cette RCT pragmatique montre qu'une formation en ligne à la pleine conscience, que ce soit en groupe ou supervisée individuellement (à son propre rythme), peut améliorer la fonction liée à la douleur et les symptômes comorbides (tels que la dépression) chez les vétérans souffrant de douleur chronique. L'étude repose sur une méthodologie solide. L'extrapolation des résultats à d'autres populations (par exemple, les vétérans n'ayant pas accès à Internet et à un GSM) n'est pas évidente. Par conséquent, et en raison de résultats contradictoires dans la littérature scientifique, il est nécessaire de poursuivre les recherches sur l'efficacité de la pleine conscience sur la douleur et les symptômes comorbides.

Références

1. Nahin RL. Severe pain in veterans: the effect of age and sex, and comparisons with the general population. *J Pain* 2017;18:247-54. DOI: 10.1016/j.jpain.2016.10.021
2. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, et al. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults—United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67:1001-6. DOI: 10.15585/mmwr.mm6736a2
3. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, et al. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017;166:514-30. DOI: 10.7326/M16-2367
4. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain—United States, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65:1-49. DOI: 10.15585/mmwr.rr6501e1
5. Anheyer D, Haller H, Barth J, et al. Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2017;166:799-807. DOI: 10.7326/M16-1997
6. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *J Altern Complement Med* 2011;17:83-93. DOI: 10.1089/acm.2009.0546
7. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, et al. Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med* 2016;51:199-213. DOI: 10.1007/s12160-016-9844-2
8. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2018;59:52-60. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.10.011
9. Cornelis E. Quel est l'effet de l'hypnose et de la méditation pleine conscience sur la douleur chronique ? *MinervaF* 2022;21(10):257-61.
10. Williams RM, Day MA, Ehde DM, et al. Effects of hypnosis vs mindfulness meditation vs education on chronic pain intensity and secondary outcomes in veterans: a randomized clinical trial. *Pain* 2022;163:1905-18. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002586
11. Stas, P. Quelle est l'utilité des applications pour la pleine conscience en cas de symptômes de dépression et d'anxiété ? *Minerva Analyse* 25/10/2024.
12. Linardon J, Messer M, Goldberg SB, Fuller-Tyszkiewicz M. The efficacy of mindfulness apps on symptoms of depression and anxiety : an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2024;107:102370. DOI: 10.1016/j.cpr.2023.102370
13. Taylor SL, Bolton R, Huynh A, et al. What should health care systems consider when implementing complementary and integrative health: lessons from Veterans Health Administration. *J Altern Complement Med* 2019;25(S1):S52-S60. DOI: 10.1089/acm.2018.0445
14. Burgess DJ, Calvert C, Campbell EM, et al. Telehealth mindfulness-based interventions for chronic pain. *JAMA Intern Med.* 2024;184:1163-73. DOI:10.1001/jamainternmed.2024.3940
15. Burgess DJ, Evans R, Allen KD, et al. Learning to Apply Mindfulness to Pain (LAMP): design for a pragmatic clinical trial of two mindfulness-based interventions for chronic pain. *Pain Med* 2020;21(suppl 2):S29-S36. DOI: 10.1093/pm/pnaa337
16. Burgess DJ, Hagel Campbell EM, Branson M, et al. Exploring gender differences in veterans in a secondary analysis of a randomized controlled trial of mindfulness for chronic pain. *Womens Health Rep (New Rochelle)* 2024;5:82-92. DOI: 10.1089/whr.2023.0086
17. Desplenter F, Laekeman G. Le choix du patient déterminant pour l'efficacité du traitement. (Editorial) *Minerva* 2011;10(9):105.
18. Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, et al. Prise en charge de la douleur chronique en première ligne de soins: update 2014. WOREL guideline. Published: 30/11/2014.