



Programme virtuel de réduction du stress basé sur la peine conscience pour l'adaptation à la douleur chronique

Diana Zidarov
Shashank Ghai
Sabrina Cavallo
Mathieu-Joël Gervais

Transfert de connaissances

Ce document est une production de l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM), de la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL).

Adresse

Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
6300 avenue de Darlington
Montréal (Québec), H3S 2J4
<https://www.iurdpm.ca>

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
ISBN (version électronique) : 978-2-555-03474-7

La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable de l'IURDPM, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Cependant, la reproduction de ce document et son utilisation à des fins personnelles, cliniques, d'enseignement et de recherche scientifique, non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Élaboration des contenus

- Diana Zidarov, Ph.D., professeure associée, École de réadaptation, Université de Montréal, chercheuse d'établissement IURDPM et chercheuse régulières CRIR et IURDPM.
- Shashank Ghai, Ph.D., professeur adjoint, Faculté des arts et des sciences sociales, Université de Karlstad (Suède).
- Sabrina Cavallo, Ph.D., professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal, chercheuse régulière CRIR et IURDPM, CRCHUSJ.
- Mathieu-Joël Gervais, Ph.D., professeur associé, département de psychologie, Université de Montréal.

Soutien à la conception

Frédéric Messier, chargé de transfert de connaissances, IURDPM.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les participantes et participants au projet de recherche et leur famille, le personnel de la Clinique d'adaptation à la douleur chronique (CADC) du CCSMTL et l'Association Québécoise de Douleur Chronique (AQDC). Nous remercions également l'équipe de l'IURDPM, qui a facilité nos activités.

Financement du projet de recherche

Ce travail a été financé par le programme Nouvelles initiatives (2019-2020) du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR).

Pour citer ce document

Zidarov, D., Ghai, S., Cavallo, S. et Gervais, M.-J., (2026). *Programme virtuel de réduction du stress basé sur la pleine conscience pour l'adaptation à la douleur chronique*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Rédaction inclusive

En conformité avec la Charte d'engagement sur l'inclusion des personnes de la diversité sexuelle et de genre adoptée par le Comité de direction du CCSMTL le 22 juin 2021, ce document est rédigé autant que possible de façon inclusive. Ainsi, l'emploi du masculin générique n'est plus privilégié puisqu'il ne permet pas de représenter les personnes s'identifiant au genre féminin et non binaire.

Mots clés

Réduction du stress, pleine conscience, douleur chronique, réadaptation, intervention virtuelle

Table des matières

ABRÉVIATIONS.....	1
À QUI S'ADRESSE CE GUIDE?	1
CONTEXTE D'UTILISATION.....	2
DÉVELOPPEMENT DE L'INTERVENTION	2
QUALIFICATIONS REQUISES POUR OFFRIR L'INTERVENTION	3
POUR OFFRIR L'INTERVENTION DANS VOTRE MILIEU	3
VUE D'ENSEMBLE	3
<i>Fréquence et durée</i>	3
<i>Clientèle ciblée (critères d'inclusion)</i>	4
<i>Contre-indications (critères d'exclusion)</i>	4
MESURES DE RÉSULTATS SUGGÉRÉES.....	4
<i>Remarque sur le PROMIS-10 et le PROMIS-29</i>	7
DONNÉES PROBANTES DISPONIBLES	8
<i>Faisabilité, acceptabilité et efficacité</i>	8
<i>Expériences indésirables et expériences positives</i>	8
RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DES MILIEUX PRENEURS	9
BIBLIOGRAPHIE	10
ANNEXE 1 : STRUCTURE D'UNE SÉANCE TYPIQUE DE DEUX HEURES	12
ANNEXE 2 : THÉMATIQUES HEBDOMADAIRES	13
ANNEXE 3 : CONTENU DÉTAILLÉ DES HUIT SÉANCES	14
ANNEXE 4 : JOURNAL DE BORD IMPRIMABLE	15

Liste des tableaux

Tableau 1: Mesures de résultats suggérées par l'équipe de recherche.....	6
--	---

Abréviations

CCSMTL : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

DC : Douleur chronique.

IURDPM : Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal.

PDI : *Pain Disability Index*.

PGICS : *Patient Global Impression of Change Scale*.

PROMIS-10 : *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* de 10 items.

PROMIS-29 : *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* de 29 items.

PSEQ : *Pain Self-Efficacy Questionnaire*.

RSPC : Réduction du stress basée sur la pleine conscience.

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux.

À qui s'adresse ce guide?

Ce document présente un programme virtuel d'intervention de réduction du stress basée sur la pleine conscience (RSPC) destiné aux adultes vivant avec une douleur chronique. Le programme a fait l'objet de travaux scientifiques menés par une équipe de recherche de l'IURDPM en 2021-2022. La description du programme est accompagnée des recommandations de l'équipe de recherche.

Ce guide est conçu pour permettre aux équipes qui le souhaitent de reproduire le programme. Il est destiné aux publics suivants:

- **Gestionnaires** qui planifient et organisent l'offre de services de soutien à l'adaptation à la douleur chronique, notamment au sein du Réseau de la santé et des services sociaux du Québec (RSSS).
- **Personnel clinique** impliqué dans les programmes de soutien à l'adaptation à la douleur chronique.
- **Personnel des organismes communautaires** qui travaillent avec des clientèles souffrant de douleur chronique.

Contexte d'utilisation

Cette intervention peut être offerte **virtuellement** à des **groupes** de 5 à 15 **adultes** vivant avec une **douleur chronique** qui **ne reçoivent pas actuellement d'interventions spécialisées ou surspécialisées** ou **qui sont en attente de services**. L'intervention vise à aider les participantes et participants à **améliorer leur sentiment d'auto-efficacité** et à **réduire l'interférence de la douleur** dans leur **fonctionnement quotidien**.

L'équipe de rédaction croit que le programme de RSCP pourrait être déployé à faible coût dans les organisations publiques et communautaires qui offrent des services à la population souffrant de douleur chronique, afin d'élargir l'éventail de services existants. Les responsables des milieux intéressés sont cependant invités à tenir compte des limites des données probantes présentées ici afin de prendre des décisions éclairées quant à leur offre de services et afin de fournir de l'information exacte à leurs clientèles.

Les sections suivantes présentent des informations sur le développement du programme, les données probantes disponibles et les recommandations de l'équipe de recherche. Des éléments pour soutenir les milieux preneurs sont fournis en annexe.

Développement de l'intervention

La douleur chronique (DC) est un problème de santé publique majeur. La prise en charge la plus efficace repose sur des approches biopsychosociales et multidisciplinaires centrées sur la personne, l'aidant à gérer les incapacités liées à la douleur. Toutefois, l'accès aux cliniques spécialisées et aux services multidisciplinaires s'avère problématique, avec des délais d'attente médians d'environ 5,5 mois et pouvant aller jusqu'à 4 ans au Canada (incluant le Québec) (Anderson et al., 2019). Ces temps d'attente dépassent largement la recommandation de l'Association internationale pour l'étude de la douleur, qui recommande une prise en charge à l'intérieur de deux mois (Association internationale pour l'étude de la douleur, 2011). Ces longs délais peuvent entraîner une détérioration de l'état des personnes atteintes, contribuant à une augmentation de l'intensité de la douleur, à une altération du bien être psychologique, à une baisse générale de la qualité de vie liée à la santé et ultimement à des coûts additionnels pour les services de santé et les personnes elles-mêmes.

Face à l'incertitude liée aux délais d'attente qui s'allongent, exacerbée par la croissance et le vieillissement de la population, il devient impératif d'offrir aux personnes souffrant de DC des solutions non pharmacologiques. En effet, les traitements médicamenteux n'offrent souvent qu'une efficacité partielle et comportent des risques de dépendance. Par contraste, des approches non pharmacologiques peuvent cibler l'acquisition de compétences qui permettront aux personnes en attente de services de mieux gérer leurs symptômes, d'adapter leurs rôles sociaux et de réguler les impacts émotionnels de la douleur. Dans cette perspective, la RSPC a émergé comme une avenue prometteuse pour optimiser le soutien offert à ces personnes, qui peut être offerte de façon sécuritaire et flexible et peut être déployée par les services cliniques existants ou en coordination avec ceux-ci (Blyth et al., 2005; Mann et al., 2013; Turk, 2002).

Au Québec, une prise en charge multidisciplinaire des personnes vivant avec une DC est offerte dans plusieurs milieux, notamment en milieu hospitalier et en milieux de réadaptation. En 2021-2022 une équipe de recherche dirigée par la Pre. Diana Zidarov a mené un projet de recherche

pour documenter la faisabilité, l'acceptabilité et explorer l'efficacité d'une intervention virtuelle de huit semaines, animée par une personne qualifiée en RSPC à l'intention des personnes sans services ou en attente de services dans ces milieux (Ghai et al., en préparation). Les résultats se sont avérés suffisamment prometteurs pour que l'équipe entreprenne une démarche de transfert de connaissances vers d'autres milieux d'intervention et développe ce document en collaboration avec l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM).

Les sections suivantes présentent des informations sur le développement du programme, les données probantes disponibles et les recommandations de l'équipe de recherche. Des éléments pour soutenir les milieux preneurs sont fournis en annexe.

Qualifications requises pour offrir l'intervention

La profession de la personne qui anime les rencontres de groupe n'a pas d'importance. Il est toutefois indispensable qu'elle ait reçu une **formation reconnue en RSPC** basée sur les écrits de Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1996). Ceci afin d'assurer la **fidélité** de l'intervention.

Une telle formation est offerte dans les modules de formation continue de plusieurs institutions d'enseignement supérieur reconnues au Québec (Cégeps et universités). Elle requiert environ 28 heures réparties sur 8 semaines, parfois un peu plus, et mène généralement à l'obtention d'une attestation. Une recherche web permet de repérer facilement des options de formation continue dans plusieurs régions.

Nous recommandons fortement que la personne qui anime le programme ait une **expérience pertinente** dans l'**accompagnement** de populations **vivant avec une douleur chronique**.

Pour offrir l'intervention dans votre milieu

Vue d'ensemble

Fréquence et durée

Le programme virtuel d'intervention RSCP évalué par l'équipe de recherche proposait **huit** sessions hebdomadaires de **deux** heures, à des groupes de **15 adultes** sur une plateforme de visioconférence courante. À la demande de plusieurs membres des groupes, **deux** sessions de suivi additionnelles de 45 minutes ont été ajoutées, respectivement **trois** et **cinq** semaines après la fin du programme de huit semaines.

Chaque personne participante était invitée à pratiquer la pleine conscience de façon autonome pendant au moins **30** minutes, **six** jours par semaine. **Deux** séances guidées préenregistrées étaient envoyées par courriel au début du programme afin de soutenir la pratique individuelle. Un journal quotidien devait être tenu afin de noter la durée des séances, les expériences émotionnelles et toute observation pertinente.

Les **deux** sessions de suivi **supplémentaires** visaient à aider les membres du groupe à résoudre les problèmes rencontrés, à réfléchir à leurs pratiques et à examiner les facteurs qui entravaient ou soutenaient leurs activités de pleine conscience dans leurs routines quotidiennes. La participation à ces sessions supplémentaires était optionnelle.

Le contenu détaillé du programme est fourni aux Annexes 1, 2 et 3. Un journal de bord imprimable est fourni à l'Annexe 4.

Clientèle ciblée (critères d'inclusion)

Les critères d'inclusion suivants ont été utilisés dans le projet de recherche (Ghai et al., en préparation). Toutes les personnes ayant participé à la phase expérimentale présentaient donc ces caractéristiques. Les milieux preneurs sont invités à en tenir compte lorsqu'ils définissent leur offre de services, afin d'augmenter leurs chances de reproduire les résultats observés en recherche.

- Adultes (18 ans ou plus) vivant avec une douleur chronique non cancéreuse ni migraineuse, présente depuis au moins trois mois et survenant au moins quatre jours par semaine.
- Personnes rapportant une intensité de douleur de 4 ou plus sur une échelle EVA de 0 à 10, où 0 représente « aucune douleur » et 10 « la douleur maximale imaginable ».
- Capacité de lire et écrire en français ou en anglais.
- Engagement à participer à huit rencontres virtuelles hebdomadaires de deux heures chacune.
- Ne pas avoir reçu de soins coordonnés en clinique de la douleur, hôpital ou centre de réadaptation dans les 24 derniers mois.
- Ne pas avoir reçu plus de 12 séances de thérapie cognitivo-comportementale dans la dernière année.
- Avoir accès à Internet et savoir utiliser un ordinateur portable ou une tablette.

Contre-indications (critères d'exclusion)

- Présence d'une condition psychiatrique instable (ex. : dépression majeure, trouble bipolaire, trouble de stress post-traumatique, trouble psychotique avec hallucinations ou délires).
- Participation active à un programme structuré de pleine conscience ou de méditation.

Mesures de résultats suggérées

Pour documenter l'efficacité du programme en milieu clinique, l'équipe de rédaction suggère de reprendre les mesures ayant démontré une amélioration significative dans le cadre du projet de recherche. Ces mesures sont présentées au Tableau 1.

Par ailleurs, ces construits constituent des indicateurs clés pour le suivi des patients. Leur inclusion dans de futurs projets permettrait d'évaluer plus précisément l'impact de l'intervention de RSPC en contexte réel.

Pour accéder aux mesures de résultats, adressez-vous au **service de bibliothèque** de votre établissement. Alternativement, il est également possible de contacter **l'équipe du projet PROMIS** de l'Université McGill à Montréal, qui tient à jour une banque d'instruments de mesure validés en français et en anglais à l'intention des milieux cliniques et scientifiques souhaitant les

utiliser. Des informations complètes sur cette banque d'outils et leurs conditions d'utilisation sont présentées sur la page du projet PROMIS, hébergé au *McGill Center for Health Measurement*. Pour vérifier la disponibilité des instruments en version imprimable, contactez l'équipe à l'adresse PROMIS.Canada@McGill.ca.

TABEAU 1: MESURES DE RÉSULTATS SUGGÉRÉES PAR L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

Mesure suggérée	Domaine évalué	Motifs d'utilisation
Pain Disability Index (PDI)¹	Mesure l' impact de la douleur sur sept domaines de la vie (responsabilités familiales/domestiques; loisirs; activités sociales; emploi/profession; comportement sexuel; autonomie (soins personnels); vie quotidienne/maintien à la vie (par exemple, l'alimentation, le sommeil).	C'était l'indicateur principal de l'étude. Une réduction cliniquement significative de l' incapacité liée à la douleur a été observée dans le groupe ayant reçu l'intervention.
PROMIS-29²	Évaluation de résultats rapportée par le patient. Cette mesure couvre sept domaines de la santé (fonction physique, fatigue, symptômes dépressifs, anxiété, interférence de la douleur, perturbation du sommeil et participation aux rôles sociaux).	Le PROMIS-10 ou le PROMIS-29 peuvent être utilisés. Consultez la note en-dessous du tableau. Cet outil fournit une évaluation complète et a montré des améliorations significatives dans l'interférence de la douleur, le bien-être psychologique et social et la perception de la santé physique. Une réduction cliniquement significative de l' interférence de la douleur a été observée dans le groupe ayant reçu l'intervention.
PROMIS-10²	Vise à fournir une évaluation globale de la santé perçue et de la qualité de vie, notamment de la santé physique, de la santé mentale, de la fatigue, de la douleur et de la santé sociale.	Version plus courte du PROMIS. Des améliorations cliniquement significatives sur le score de santé physique et la perception globale de la santé ont été observées dans le groupe ayant reçu l'intervention.
Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)³	Mesure la confiance des individus à accomplir des activités quotidiennes malgré la douleur chronique (une seule question avec échelle de Likert).	L'amélioration de l'auto-efficacité est un objectif clé du MBSR. Une amélioration cliniquement significative du sentiment d'efficacité personnelle dans ces domaines n'a pas été observée dans

¹ Voir Pollard (1984) et Gauthier et al., (2008) pour la version française.

² Voir Cella et al. (2010), Hays et al. (2018) et Coste et al. (2018) pour la version française.

³ Voir Nicholas (2007) et Martin-Aragon et al. (1999) pour la version française.

		le groupe ayant reçu l'intervention. Leurs résultats au PSEQ présentaient cependant une tendance favorable.
Patient Global Impression of Change Scale (PGICS)⁴	Question unique avec échelle de Likert pour évaluer la perception du participant quant à l'amélioration de son auto-efficacité dans la gestion de la douleur par rapport à avant l'intervention. Le libellé utilisé dans le projet de recherche était : <i>En ce qui concerne votre douleur chronique, comment décririez-vous maintenant votre auto-efficacité à gérer votre douleur en comparaison à avant l'intervention de réduction du stress basée sur la pleine conscience?</i> -5 ----- 0 ----- +5 Bien pire --- Inchangée -- Très améliorée	Fournit une mesure subjective et significative de l'efficacité perçue par le patient. Une amélioration cliniquement significative du sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion de la douleur a été observée dans le groupe ayant reçu l'intervention. Pour l'équipe de recherche, il s'agit d'un résultat clé qui suggère que l'intervention a bien eu l'effet escompté.

Remarque sur le PROMIS-10 et le PROMIS-29

Le PROMIS-10 permet d'obtenir une évaluation globale de la santé physique et mentale tout en réduisant le fardeau de réponse. En revanche, le PROMIS-29 offre une évaluation multidimensionnelle plus détaillée (p. ex., douleur, fatigue, fonction physique, sommeil), ce qui est particulièrement utile pour caractériser des profils complexes, comme en douleur chronique. Les deux mesures sont pertinentes dans le contexte de l'intervention. Dans un souci d'alléger le fardeau en contexte de pratique clinique, l'équipe de rédaction suggère d'utiliser uniquement le PROMIS-29, plutôt que de combiner le PROMIS-29 et le PROMIS-10.

⁴ Voir Dworkin et al. (2008) et Scott et McCracken (2015).

Données probantes disponibles

Faisabilité, acceptabilité et efficacité

Ce programme d'intervention a fait l'objet d'un essai contrôlé randomisé pilote. Cette étude visait principalement à évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'approche, tout en explorant ses effets sur certains indicateurs de résultat d'intérêt clinique (Ghai et al., en préparation).

- **Faisabilité** : Le programme a été déployé comme prévu auprès de deux cohortes de 15 personnes admissibles sur une période de neuf mois (mai 2021 à février 2022).
- **Acceptabilité** : Une majorité des participants (environ 66 %) ont suivi l'intégralité des huit semaines d'intervention de RSPC et répondu aux questionnaires post-intervention au Temps 2.
- **Efficacité** : Les données recueillies révèlent des résultats prometteurs. On observe notamment une diminution de **l'incapacité liée à la douleur** sur les activités quotidiennes, ainsi qu'une amélioration du **sentiment d'efficacité personnelle** dans la gestion de la douleur. Les indicateurs **d'interférence de la douleur**, de **participation aux rôles et activités sociales** et **d'anxiété/peur** mesurés par le questionnaire PROMIS-29 montrent également une progression favorable.

Toutefois, la faible taille de l'échantillon limite la puissance des analyses statistiques ne permettent pas de détecter l'ensemble des effets potentiels. Bien qu'encourageants, ces résultats demeurent préliminaires et ne constituent pas une preuve définitive d'efficacité.

Expériences indésirables et expériences positives

Bien que l'intervention ait été jugée sécuritaire par l'ensemble des partenaires du projet, le suivi des participants a permis de recenser des événements tant indésirables que positifs liés à la participation au programme:

- **Expériences indésirables** : Un total de 26 événements a été rapporté par 20 participants, la majorité survenant dès la première séance. Les manifestations les plus fréquentes incluent la fatigue (26,9 %) et des douleurs durant les exercices (23,1 %). Certains participants ont également ressenti du stress, de l'agitation ou de l'impatience (15,4 %), ainsi que des sentiments de frustration (11,5 %). Plus rarement, des étourdissements, des maux de tête ou la résurgence de souvenirs envahissants (flashbacks) ont été notés.
- **Expériences positives** : Parallèlement, 18 participants ont rapporté 41 bénéfices distincts. Les effets les plus marqués concernent la réduction ou le meilleur contrôle de la douleur (29,3 %), suivis d'un sentiment général de bien-être (17,1 %). D'autres gains significatifs ont été mentionnés, tels qu'un regain d'énergie (14,6 %), une diminution des pensées négatives (14,6 %), un sentiment de reprise de contrôle sur sa vie (12,2 %) et une réduction de l'anxiété (12,2 %).

Recommandations à l'intention des milieux preneurs

Pour assurer le succès des milieux qui voudront reproduire l'intervention (et par extension, des équipes de recherche qui souhaiteraient réunir de plus grandes cohortes), l'équipe de recherche recommande ce qui suit.

- **Former des groupes de 5 à 15 personnes** : Les personnes qui ont participé à l'étude ont rapporté avoir apprécié l'effet d'entraînement des groupes et ces groupes comptaient environ 15 personnes (réduites à 10 après attrition). L'équipe de recherche croit qu'un groupe trop petit risque de ne pas susciter un effet d'entraînement comparable; un groupe trop grand risque de rendre l'expérience impersonnelle.
- **Confier l'animation à une personne qualifiée** : La personne qui anime le programme devrait non seulement avoir une formation reconnue en RSPC, elle devrait idéalement avoir aussi une expérience pertinente dans l'accompagnement de populations vivant avec une douleur chronique.
- **Privilégier la gestion de la douleur plutôt que son soulagement direct** : Les interventions de RSPC ne semblent pas affecter directement l'intensité de la douleur, mais bien l'interférence de la douleur dans les activités quotidiennes et le sentiment d'auto-efficacité dans la gestion de la douleur. Les équipes cliniques sont invitées à articuler ceci dans leurs échanges avec les personnes usagères afin que leurs attentes soient réalistes.

Bibliographie

Anderson, M., Choinière, M., El-Gabalawy, H., Laliberté, J., Swidrovich, J. et Wilhelm, L. (2019). Canadian Pain Task Force report: June 2019. Santé Canada.

Association internationale pour l'étude de la douleur. (2011). IASP recommendations for wait-times for treatment of pain. <https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2021/03/IASP-Recommendations-for-Wait-Times-for-Treatment-of-Pain.pdf>

Blyth, F. M., March, L. M., Nicholas, M. K. et Cousins, M. J. (2005). Self-management of chronic pain: A population-based study. *Pain*, 113(3), 285–292. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.037>

Cella, D., Riley, W., Stone, A., Rothrock, N. et Reeve, B. (2010). The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005-2008. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(11), 1179–1194. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.011>

Coste, J., Rouquette, A., Valderas, J. M., Rose, M. et Leplège, A. (2018). The French PROMIS-29: Psychometric validation and population reference values. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66(5), 317–324. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.05.563>

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Kerns, R. D., Robinson, J. P., Settas, C., Stallane, J. S., Suman, V. J., Tive, L., Velius, A. et Weeks, J. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *The Journal of Pain*, 9(2), 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.09.002>

Gauthier, N., Thibault, P., Adams, H. et Sullivan, M. J. L. (2008). Validation of a French-Canadian version of the Pain Disability Index. *Pain Research and Management*, 13, Article 461436. <https://doi.org/10.1155/2008/461436>

Ghai, S., Cavallo, S., Gervais, M.-J. et Zidarov, D. (en préparation). Feasibility of a virtual mindfulness-based stress reduction intervention for individuals with chronic pain: A pilot randomized controlled trial.

Hays, R. D., Spritzer, K. L., Schalet, B. D. et Cella, D. (2018). PROMIS®-29 v2.0 profile physical and mental health summary scores. *Quality of Life Research*, 27(7), 1885–1891. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1842-3>

Kabat-Zinn, J. (1996). Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. Piatkus.

Mann, E. G., LeFort, S. et VanDenKerkhof, E. G. (2013). Self-management interventions for chronic pain. *Pain Management*, 3(3), 211–222. <https://doi.org/10.2217/pmt.13.11>

- Martin-Aragon, M., Rodriguez-Marin, J., Terol, M. C., Lopez-Roig, S. et Pastor, M. A. (1999). Adaptation française du Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ). *Journal de Réadaptation Médicale*, 19, 12–18.
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European Journal of Pain*, 11(2), 153–163. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.12.008>
- Pollard, C. A. (1984). Preliminary validity study of the Pain Disability Index. *Perceptual and Motor Skills*, 59(3), 974. <https://doi.org/10.2247/pms.1984.59.3.974>
- Scott, W. et McCracken, L. M. (2015). Patients' impression of change following treatment for chronic pain: Global, specific, a single dimension, or many? *The Journal of Pain*, 16(6), 518–526. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.02.007>
- Turk, D. C. (2002). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 18(6), 355–365. <https://doi.org/10.1097/00002508-200211000-00003>

Annexe 1 : Structure d'une séance typique de deux heures

Ces renseignements pourront vous aider à préparer un document explicatif et promotionnel pour l'intervention (p. ex., dépliant, page web, etc.)

Durée	Activité
10 minutes	Méditation guidée de début de séance
30 minutes	Exploration des concepts de la pleine conscience
20 minutes	Deux exercices de 10 minutes chacun
10 minutes	Pause (réflexion et ressourcement)
20 minutes	Élaboration approfondie des concepts de la pleine conscience
30 minutes	Partage en groupe, discussion, et approfondissement du matériel
10 minutes	Méditation guidée de fin de séance

Annexe 2 : Thématiques hebdomadaires

Ces renseignements pourront vous aider à préparer un document explicatif et promotionnel pour l'intervention (p. ex., dépliant, page web, etc.)

Thématiques hebdomadaires proposées (exemples à adapter):

- **Séance 1** : Introduction à la pleine conscience et au programme
- **Séance 2** : L'attention et la respiration
- **Séance 3** : Le corps et les sensations douloureuses
- **Séance 4** : Réactions automatiques et réponses conscientes
- **Séance 5** : Stress, douleurs et régulation émotionnelle
- **Séance 6** : Bienveillance envers soi-même et autocompassion
- **Séance 7** : Intégration dans la vie quotidienne
- **Séance 8** : Révision, intentions et plan de maintien

Suivi post-programme (rencontres optionnelles de 45 min)

- **Séance additionnelle 1 (semaine 11)** : Rappel des pratiques, exploration des facilitants et obstacles
- **Séance additionnelle 2 (semaine 13)** : Ancrage des habitudes, pistes de maintien, questions ouvertes

Annexe 3 : Contenu détaillé des huit séances

Ces renseignements pourront servir de balises aux équipes qui souhaitent reproduire l'intervention de RSPC offerte dans le cadre du projet de recherche.

Structure et contenu des huit semaines et des deux séances optionnelles.

Séance	Durée	Activité
Séance 1	10 min	Méditation guidée de début de séance
	30 min	Exploration des concepts de la pleine conscience
	10 min	Exercice pratique: Manger en pleine conscience
	10 min	Exercice pratique: Respirer en pleine conscience
	10 min	Pause
	20 min	Présentation de la technique du scan corporel, exercice pratique
	30 min	Partage en groupe, discussion, approfondissement du matériel
	10 min	Méditation guidée de fin de séance
Séance 2	10 min	Méditation guidée de début de séance
	30 min	Explications sur le rôle de la perception dans le bien-être
	10 min	Exercice pratique: Observer ses pensées
	10 min	Exercice pratique: Scan corporel
	10 min	Pause
	20 min	Explications sur le rôle de la perception dans le bien-être (suite)
	30 min	Partage en groupe, discussion, approfondissement du matériel
	10 min	Méditation guidée de fin de séance
Séance 3	10 min	Méditation guidée de début de séance
	30 min	Explications sur l'importance du moment présent
	10 min	Exercice pratique: Méditation assise
	10 min	Exercice pratique: Méditation en mouvement
	10 min	Pause
	20 min	Introduction aux techniques de Yoga Hatha, exercices pratiques
	30 min	Partage en groupe, discussion, approfondissement du matériel
	10 min	Méditation guidée de fin de séance
Séance 4	10 min	Méditation guidée de début de séance
	30 min	Explications sur le rôle de la concentration
	10 min	Exercice pratique: Méditation assise
	10 min	Exercice pratique: Yoga Hatha
	10 min	Pause
	20 min	Explications sur le rôle de la concentration (suite)
	30 min	Partage en groupe, discussion, approfondissement du matériel
	10 min	Méditation guidée de fin de séance

Séance	Durée	Activité
Séance 5	10 min	Méditation guidée de début de séance
	30 min	Explications sur la douleur, les émotions et leurs impacts
	10 min	Exercice pratique: Reconnaître les signes de la douleur
	10 min	Exercice pratique: Reconnaître nos émotions et leurs impacts
	10 min	Pause
	20 min	Exercice pratique : Scan corporel
	30 min	Partage en groupe, discussion, approfondissement du matériel
	10 min	Méditation guidée de fin de séance
Séance 6	10 min	Méditation guidée de début de séance
	30 min	Explications sur l'impact du stress sur le bien-être
	10 min	Exercice pratique: Reconnaître les signes de stress
	10 min	Exercice pratique: Yoga Hatha
	10 min	Pause
	20 min	Exercice pratique : Scan corporel
	30 min	Partage en groupe, discussion, approfondissement du matériel
	10 min	Méditation guidée de fin de séance
Séance 7	10 min	Méditation guidée de début de séance
	30 min	Explications sur l'intégration de la pleine conscience dans nos vies
	10 min	Exercice pratique: Méditation assise
	10 min	Exercice pratique: Yoga Hatha
	10 min	Pause
	20 min	Explications sur l'intégration de la pleine conscience dans nos vies (suite)
	30 min	Partage en groupe, discussion, approfondissement du matériel
	10 min	Méditation guidée de fin de séance
Séance 8	10 min	Méditation guidée de début de séance
	30 min	Explications de conclusion : regarder vers l'avenir
	10 min	Exercice pratique: Ce que nous avons appris
	10 min	Exercice pratique: Méditation en mouvement
	10 min	Pause
	20 min	Explications de conclusion : regarder vers l'avenir (suite)
	30 min	Partage en groupe, discussion, approfondissement du matériel
	10 min	Méditation guidée de fin de séance
Séance optionnelle Semaine 11	45 min	Rappel des pratiques, partage d'expérience entre les membres du groupe, discussion des facilitateurs et des obstacles à la pratique régulière des activités de pleine conscience.
Séance optionnelle Semaine 13	45 min	Même chose, afin de favoriser l'ancrage des habitudes. Partage d'expérience entre les membres du groupe, discussion autour des pistes de maintien d'une pratique régulière.

Annexe 4 : Journal de bord imprimable

Journal de bord : Pratiques de la semaine # _____

Votre nom :

Date	Pratique du jour (Yoga et autres au choix)	Durée de la pratique?	Observations sur la pratique de yoga et sur les autres réalisées au choix (Effets ressentis pendant ou après, émotions, sensations et/ou pensées agréables ou non)	Observations et effets éprouvés sur autres moments réalisés en pleine conscience (Contemplation, repas, breuvage bu, douche, écoute de musique en pleine conscience, pensées-nuages observées, etc.)
Jour/mois	☐ Yoga ☐ Méditation de l'être (scan) ☐ Marche en pleine conscience ☐ Méditation en Méta Regard sur son corps, sa posture ou soi en train de respirer (7 min ou plus)			
Jour/mois	☐ Yoga ☐ Méditation de l'être (scan) ☐ Marche en pleine conscience ☐ Méditation en Méta Regard sur			

	son corps, sa posture ou soi en train de respirer (7 min ou plus)			
Jour/mois	☐ Yoga ☐ Méditation de l'être (scan) ☐ Marche en pleine conscience ☐ Méditation en Méta Regard sur son corps, sa posture ou soi en train de respirer (7 min ou plus)			
Jour/mois	☐ Yoga ☐ Méditation de l'être (scan) ☐ Marche en pleine conscience ☐ Méditation en Méta Regard sur son corps, sa posture ou soi en train de respirer (7 min ou plus)			

Jour/mois	☐ Yoga ☐ Méditation de l'être (scan) ☐ Marche en pleine conscience ☐ Méditation en Méta Regard sur son corps, sa posture ou soi en train de respirer (7 min ou plus)			
Jour/mois	☐ Yoga ☐ Méditation de l'être (scan) ☐ Marche en pleine conscience ☐ Méditation en Méta Regard sur son corps, sa posture ou soi en train de respirer (7 min ou plus)			
Jour/mois	☐ Yoga ☐ Méditation de l'être (scan)			

	☐ Marche en pleine conscience			
	☐ Méditation en Méta Regard sur son corps, sa posture ou soi en train de respirer 7 min ou plus)			

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal

Québec

