

JACQUES BENJAMIN BOISLEVE

DOULEURS CHRONIQUES

Un large éventail de traitements
pour un programme personnalisé
systémique intégratif et durable

Version 1.1

Holosys Éditions
Sciences et Santé

SOMMAIRE

I - ASPECTS GÉNÉRAUX DE LA DOULEUR	9
1. COMMENT DÉFINIR LA DOULEUR ?	9
2. VARIABILITÉ DE LA PERCEPTION DE LA DOULEUR	9
3. LES COMPOSANTES D'UN ÉPISODE DOULOUREUX	13
4. CARACTÉRISTIQUES D'UNE DOULEUR	14
5. FONCTION DE LA DOULEUR	18
II - MÉCANISME PHYSIOLOGIQUE	19
1. SIGNAL PÉRIPHÉRIQUE : LES NOCICEPTEURS	20
2. TRANSMISSION NERVEUSE	21
3. CORNE DORSALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE (CDME)	23
4. TRANSMISSION ASCENDANTE	23
5. TRAITEMENT CÉRÉBRAL	24
6. TRANSMISSION DESCENDANTE	25
III - COMPLEXITÉ SYSTÉMIQUE DE LA DOULEUR ET DE LA SOUFFRANCE	27
IV - ORIGINE ET CLASSIFICATION DES DOULEURS	31
1. FONCTION DES TROIS TYPES DE DOULEUR	31
2. MÉCANISMES EN JEU DANS LA DOULEUR CHRONIQUE	34
3. EXISTE-T-IL UNE DOULEUR PSYCHOGÈNE ?	37
V - ÉVALUATION ET DIAGNOSTIC DES ÉTATS DOULOUREUX	39
A - OUTILS D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR	39
1. ÉVALUATION DE LA SENSIBILITÉ À LA DOULEUR	39
2. AUTOÉVALUATION D'UN ÉTAT DOULOUREUX	40
3. HÉTÉRO-ÉVALUATION D'UN ÉTAT DOULOUREUX	43
4. SENSIBILISATION CENTRALE À LA DOULEUR	44
5. ESTIMATION OBJECTIVE PAR LA TECHNOLOGIE	45
B - DIAGNOSTIC MÉDICAL D'UN ÉTAT DOULOUREUX CHRONIQUE	47
C - ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE	51
VI - PANORAMA DES TRAITEMENTS DE LA DOULEUR	53
1. APPROCHE BIOCHIMIQUE : LES PRODUITS DE SOINS	54
2. APPROCHES PHYSIQUES ET BIOPHYSIQUES	56
3. APPROCHES PSYCHOLOGIQUES	59
4. OPTIMISATION DU MODE DE VIE	62
5. DE NOUVELLES SOLUTIONS DANS L'AVENIR	64
6. CLASSIFICATION DES TRAITEMENTS	64
VII - TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX	67
1. CLASSIFICATION DES MÉDICAMENTS ANTALGIQUES	67
2. PRODUITS EN VENTE LIBRE (FRANCE)	69
3. PRODUITS DÉLIVRÉS SUR PRESCRIPTION MÉDICALE	71
4. MÉDICAMENTS ACTIFS SUR LA CAUSE DE LA DOULEUR	77
5. MÉDICAMENTS D'AVENIR	79
6. INJECTION LOCALE DE MÉDICAMENTS	80

VIII - PRODUITS DE SOINS NATURELS (PSN)	83
1. MICRONUTRITION	83
2. PHYTOTHÉRAPIE	84
3. AROMATHÉRAPIE	86
4. DMSO	97
5. CANNABIS	100
6. ALCOOL.....	105
IX - TRAITEMENTS PHYSIQUES ET BIOPHYSIQUES	107
1. CHIRURGIE.....	107
2. THÉRAPIES MANUELLES.....	110
3. POSTUROLOGIE	114
4. THERMOTHÉRAPIE (TECHNIQUES THERMIQUES).....	116
5. ÉLECTROTHÉRAPIE.....	118
6. LASERTHÉRAPIE	122
7. THÉRAPIES ÉNERGÉTIQUES	122
8. YOGA-THÉRAPIE	131
X - L'HYPNOSE ET LA DOULEUR	133
1. DE L'HYPNOSE À L'HYPNOANALGÉSIE.....	133
2. PRINCIPE, EFFICACITÉ ET APPLICATIONS DE L'HYPNOANALGÉSIE.....	136
3. AUTOHYPNOSE, L'AUTONOMIE POUR ATTÉNUER LA DOULEUR	142
4. LA RÉALITÉ VIRTUELLE, UNE ALTERNATIVE À L'HYPNOSE	143
XI - PSYCHOTHÉRAPIE EN SITUATION DE DOULEUR CHRONIQUE	145
1. THÉRAPIE ACT (ACCEPTATION ET ENGAGEMENT)	146
2. PNL ET STRATÉGIE D'OBJECTIF.....	153
3. HYPNOSE	157
4. APPROCHES GÉNÉRALES DE PSYCHOTHÉRAPIE	158
5- APPROCHES SPÉCIFIQUES DE CERTAINES DOULEURS.....	162
XII - OPTIMISATION DU MODE DE VIE	167
A - CAUSALITÉ SECONDAIRE.....	167
1. ERGONOMIE DANS LES LIEUX DE VIE	168
2. ORTHOPÉDIE.....	169
3. L'ENTOURAGE HUMAIN.....	169
4. AIDE SOCIALE	170
5. SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR.....	170
6. CURES THERMALES.....	171
B - CAUSALITÉ PRIMAIRE.....	172
1. ALIMENTATION	173
2. ACTIVITÉ PHYSIQUE	174
3. DÉTENTE - SOMMEIL.....	176
5. RELATIONS, VIE SOCIALE, TOUCHER ET SEXUALITÉ.....	180
6. CONTACT AVEC UN ENVIRONNEMENT NATUREL	183
7. ÉTABLIR ET SUIVRE UN PROGRAMME GLOBAL PERSONNEL	185
XIII - EFFET PLACEBO	187
1. CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE L'EFFET PLACEBO	187
2. EFFET PLACEBO ET DOULEUR.....	189

XIV - PROGRAMME PERSONNALISÉ, SYSTÉMIQUE, INTÉGRATIF ET DURABLE.....	193
A - LES BASES D'UN PPSID	195
1. LES FONDEMENTS DU PROGRAMME	195
2. COORDINATION DU PROGRAMME ET RÉFÉRENTS	201
B - ÉLABORATION D'UN PPSID	205
1. CONNAÎTRE SA DOULEUR	205
2. BILAN PSYCHOLOGIQUE ET DE SANTÉ GÉNÉRALE	209
3. CHOIX DES SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES	212
4. DÉFINIR LE PPSID ET LE METTRE EN ŒUVRE	226
C. LIMITES ET DIFFICULTÉ DE LA DÉMARCHE	228
XV - DESCRIPTION DES PRINCIPAUX SYNDROMES DOULOUREUX CHRONIQUES ...	231
1. DOULEURS NEUROPATHIQUES.....	231
2. FACIALGIES ET NÉVRALGIES CRÂNIENNES	236
3. TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS).....	241
4. DOULEURS DES MAINS ET DES PIEDS	253
5. DOULEURS CHRONIQUES FONCTIONNELLES	257
6. CÉPHALÉES.....	264
7. DOULEURS POST-TRAUMATIQUES	270
8. MALADIES AUTO-IMMUNES	272
9. DOULEURS URO-GÉNITALES	278
10. DOULEURS DU THORAX ET DE L'ABDOMEN.....	286
11. DOULEURS VASCULAIRES	293
12. DOULEUR ET CANCERS.....	299
13. DOULEURS PENDANT LA GROSSESSE	301
14. IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC POUR UN PROGRAMME OPTIMISÉ.....	304
XVI - EXEMPLES DE PROGRAMMES THÉRAPEUTIQUES.....	307
ANNEXES.....	321
A1 - LES DOULEURS NEUROPATHIQUES	321
A2 - GRILLES D'ÉVALUATION ET DE DÉPISTAGE	328
A3 - PROGRAMME DE RÉGÉNÉRATION INTESTINALE	336
A4 - BIBLIOGRAPHIE.....	340
INDEX.....	343

2. MÉCANISMES EN JEU DANS LA DOULEUR CHRONIQUE

Une douleur devient chronique quand l'organisme se fragilise, soit par l'existence d'une source de stimulation permanente, ou par l'installation d'un processus de sensibilisation, périphérique ou central, qui active de manière inappropriée le circuit de la douleur jusqu'à sa perception.

Trois grands mécanismes, seuls ou combinés, sont impliqués dans les douleurs chroniques : nociceptif, neuropathique et nociplastique.

2.1. Origine de la douleur chronique

On peut distinguer trois origines, qui peuvent se combiner

– La **pérennisation de processus lésionnels** périphériques envoie des stimuli nociceptifs en continu. Cela peut être une inflammation chronique de tissus périphériques comme dans les maladies auto-immunes, ou l'atteinte d'un nerf impliqué dans la conduction des stimuli nociceptifs lors de neuropathies.

– La **sensibilisation périphérique** est la conséquence d'une baisse du seuil d'activation des nocicepteurs, qui deviennent hyperexcitables. Cela conduit à une hyperalgésie primaire avec des douleurs qui sont disproportionnées par rapport au stimulus, ou une allodynie dans laquelle un simple contact peut déclencher une douleur.

Ce mécanisme s'installe avec un objectif protecteur à court terme pour la zone blessée, mais devient inutile et néfaste s'il se prolonge.

– La **sensibilisation centrale** active un circuit neuronal qui produit une perception douloureuse à partir d'un stimulus qui n'est pas une nociception, et ne nécessite donc pas de déclencher une alarme.

2.2. Les trois mécanismes en jeu dans la douleur chronique

En se référant à la classification physiopathologique des douleurs chroniques, on distingue classiquement trois mécanismes :

■ Les douleurs nociceptives chroniques

Elles sont associées à une stimulation durable de nocicepteurs par divers mécanismes, notamment une inflammation et des tensions musculaires, qui perdurent anormalement, le plus souvent au niveau du dos ou des articulations. Le bug biologique se situe alors au niveau de ces mécanismes qui se pérennisent. Le circuit nociceptif est activé dans un premier temps comme lors d'une douleur ponctuelle. Cependant, l'activation continue du circuit de la douleur entraîne

progressivement sa sensibilisation. Ainsi, le système reste hyper-réactif, alors que l'inflammation ou la tension périphérique ont régressé.

La douleur d'origine nociceptive est clairement localisée. Son ressenti évoque pleinement un problème au niveau de la zone concernée.

Les principales causes de douleurs nociceptives chroniques sont :

- Les états inflammatoires chroniques, quelle que soit leur origine : infections chroniques, maladies auto-immunes, lésions persistantes ou état d'usure du système articulaire...
- Les tensions musculaires permanentes liées à des problèmes de posture.
- Les états de tension interne provoqués par la situation psychique, principalement le stress chronique, la colère contenue, et les excès d'autocontrôle.

■ Les douleurs neuropathiques

Elles sont liées à des atteintes du système nerveux, central ou périphérique, avec une lésion qui active le circuit de la douleur en l'absence de stimulation périphérique initiale. Il n'y a pas de lésion tissulaire durable. Ce sont des douleurs chroniques, consécutives à une lésion du système nerveux au niveau périphérique (nerf, ganglion, racine, plexus), ou central (moelle épinière, cerveau). Elles apparaissent avec un délai plus ou moins long après l'événement initial responsable de la neuropathie.

Du point de vue physiopathologique, il s'agit de canalopathies, c'est-à-dire un dysfonctionnement des canaux ioniques membranaires, qui envoient spontanément des signaux en l'absence de stimulus initial.

Les douleurs neuropathiques sont permanentes ou récurrentes, le plus souvent de type brûlure, froid douloureux, piqûres ou paroxystiques (décharges électriques). La zone douloureuse correspond au territoire d'innervation de la lésion initiale, avec un périmètre compatible avec la localisation de la lésion neurologique (périphérique ou centrale). Elles entraînent une altération souvent marquée de la qualité de vie des personnes et de leur entourage.

D'autres sensations sont parfois associées, de type hyperesthésie : engourdissement, fourmillements, picotements, démangeaisons. La sensibilité à la douleur peut être perturbée dans la zone douloureuse avec une allodynie (douleur déclenchée par un stimulus normalement indolore comme un frottement, une pression, le chaud et le froid), une

hypo ou hyperalgésie. En parallèle, un déficit sensitif au toucher, au chaud, au froid peut s'installer dans la zone concernée.

On distingue ainsi les symptômes positifs de la neuropathie (douleur, hyperesthésie, hyperalgésie...) et les symptômes négatifs (perte de sensibilité).

La retenue qui conduit à éviter de déplacer la partie douloureuse du corps peut entraîner une atrophie musculaire, une ankylose articulaire, une perte osseuse et une limitation de la capacité de mouvement.

Les symptômes sont durables et persistent régulièrement, même après la guérison de la cause primitive quand elle est identifiée et traitée.

Le système nerveux, sensibilisé et remodelé, associe un mécanisme nociplastique indépendant du signal douloureux initial.

■ Les douleurs nociplastiques

Elles ont de nombreuses dénominations avec des nuances qui peuvent induire la confusion : neuroplastique, algoplastique, dysfonctionnelle, neuro-fonctionnelle, idiopathique... Toutes ces appellations désignent le même mécanisme. Nociplastique est le terme consensuel retenu.

Elles font suite à une altération du système de nociception, avec des modifications d'activité du système nerveux central, notamment de la moelle épinière. La sensibilisation qui en résulte devient la principale cause de manifestation d'une douleur, généralement diffuse.

Ce sont des douleurs chroniques, fluctuantes ou récurrentes (avec des phases de rémission). Elles semblent être la conséquence d'une réactivité accrue des neurones nociceptifs de la voie afférente au niveau du système nerveux central. Les seuils nociceptifs ne sont pas perturbés, c'est-à-dire que les personnes ne sont pas devenues douillettes au sens habituel. Les ressentis douloureux ne sont liés à aucune anomalie biologique, alors qu'ils sont bien réels. Ils sont déclenchés par des contextes qui ne correspondent pas à une activation habituelle des circuits de la douleur.

La sensibilisation centrale peut conduire à diverses manifestations :

- L'allodynie, c'est-à-dire une perception douloureuse faisant suite à des stimulations ordinaires.
- L'amplification de la perception lors de nociceptions réelles.
- L'extension progressive de la réponse douloureuse au-delà de la zone initiale.
- Le maintien de la sensation douloureuse après une stimulation nociceptive, alors que celle-ci s'est éteinte.

La sensibilisation centrale a fait émerger la notion de douleur nociplastique, définie en 2016⁵ comme : « *résultant d'une altération de la nociception malgré l'absence de preuves évidentes de lésions tissulaires réelles ou potentielles, de maladies ou de lésions du système somato-sensoriel causant l'activation des nocicepteurs périphériques* ».

Le phénomène reste mystérieux, avec diverses hypothèses :

- Perturbation du système immunitaire.
- Dysrégulation des fibres nerveuses ascendantes et descendantes qui contrôlent la perception de la douleur.
- Dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et du système nerveux autonome.
- Influence de facteurs psycho-sociaux.

Les principales douleurs nociplastiques concernent la fibromyalgie, le syndrome douloureux myofascial temporo-mandibulaire, les troubles fonctionnels intestinaux, les céphalées de tension.

Les douleurs nociceptives ou neuropathiques chroniques développent dans la durée une sensibilisation qui ajoute une composante nociplastique, qui au final peut être la seule à persister.

3. EXISTE-T-IL UNE DOULEUR PSYCHOGÈNE ?

L'origine psychogène de certaines douleurs a dans le passé défini une famille à part entière. Cette causalité est désormais réfutée par les experts, qui considèrent que toutes les douleurs appartiennent à l'une des trois familles aujourd'hui reconnues : nociceptive (liée à une stimulation de nocicepteurs), neuropathique, ou nociplastique (neuro-fonctionnelle).

Cette classification exhaustive sous-entend qu'une douleur ne peut pas être seulement imaginée, et qu'elle correspond toujours à un ressenti bien réel.

Cela est important pour les personnes atteintes de sensibilisation centrale, en particulier lors du syndrome fibromyalgique, qui ont parfois ressenti beaucoup d'incompréhension quand on leur a dit que leur douleur était dans leur tête. Elles savent très bien que ce n'est pas le cas !

⁵ EVA KOSEK & al : *Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states ? - Pain*,2016,157(7):1382-1386

Les choses ne sont cependant pas aussi simples. Le fait qu'une douleur ressentie soit toujours en lien avec une activation du circuit cérébral n'exclut pas que ce circuit puisse être activé par des facteurs psychiques.

Le phénomène de vésication sous hypnose montre que dans certaines conditions, une suggestion de brûlure en appuyant une pièce ordinaire sur la peau peut induire une sensation douloureuse avec une réaction cutanée⁶. Cela montre à quel point le psychisme a la capacité d'activer des circuits somatiques. Appliqué à la douleur, cela évoque que celle-ci fait bien suite à un mécanisme biologique, et que celui-ci pourrait être activé par le psychisme.

Le fait qu'il y ait un mécanisme biologique à la perception de la douleur n'exclut pas une influence bien réelle de l'état psychique sur la perception douloureuse, en amont des mécanismes centraux déjà définis. Il agit comme facteur d'amplification ou de réduction du ressenti.

Il est établi, par exemple, que selon l'état émotionnel, la perception d'une même douleur peut être différente. On observe aussi qu'une douleur est d'autant plus marquée qu'elle induit une réaction de rejet.

La composante psychogène de la douleur, dans le sens de son inhibition, est confirmée par l'effet placebo, qui est particulièrement marqué dans les essais cliniques évaluant l'effet antalgique.

Il est donc logique que la psychologie soit intégrée dans les approches thérapeutiques de la douleur. Elle sera développée aux chapitres X (hypnose) et XI (psychothérapie ciblée sur la douleur).

⁶ Le phénomène connu depuis longtemps et maintes fois vérifié est toujours contesté par une partie de la communauté scientifique qui refuse d'admettre un fait dont elle ne connaît pas le mécanisme.

La description, l'historique et les nombreuses références de ce phénomène sont dans le livre LEON CHERTOK : L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie -Éditions Odile Jacob 2006.

2. PRODUITS EN VENTE LIBRE (FRANCE)

Ils peuvent faire l'objet d'une automédication.

Ils sont peu nombreux : le paracétamol, l'aspirine, l'ibuprofène.

Tous sont des antalgiques de niveau 1, c'est-à-dire qu'ils sont actifs sur les douleurs de faible intensité.

On les appelle parfois antalgiques périphériques, une dénomination inadéquate pour le paracétamol.

2.1. Le paracétamol ou acétaminophène

Il est connu en France sous les noms de spécialité Doliprane*, Dafalgan*, ou Efferalgan*. C'est un produit ancien, antalgique et antipyrétique, dont le mécanisme est encore mal connu. Son action serait plutôt centrale. Elle est dépourvue d'effet anti-inflammatoire.

C'est un antalgique de niveau 1, donc seulement actif sur les douleurs faibles à modérées.

La dose active selon les situations courantes est de 0,5 à 1 gramme par prise, renouvelable quatre fois dans la journée, sur une période courte.

L'innocuité du paracétamol a longtemps été mise en avant. C'était une méconnaissance de tous ses risques.

- Sa toxicité hépatique est bien connue. Elle se manifeste au-delà de la dose maximale (4 g/jour) et peut avoir des conséquences graves en cas de faiblesse du foie ou de la prise d'une dose très élevée.

- Les perturbations liées à une prise régulière, sans dépasser les 4 grammes par jour, ont été révélées plus récemment. Elles font suite à un épuisement du glutathion qui est abondamment consommé pour détoxiquer le médicament. Les conséquences sont multiples. Elles sont amplifiées par diverses faiblesses de l'organisme. La dose à partir de laquelle le problème apparaît dépend de la capacité à régénérer le glutathion. Les nouvelles recommandations préconisent de ne pas dépasser 2 grammes par jour (sauf si cela est ponctuel et sur une courte période) et d'éviter de le prendre en continu.

2.2. L'acide acétylsalicylique ou aspirine

L'aspirine est également un médicament très ancien, dérivé d'un principe actif naturel présent dans le saule et la reine-des-prés.

Elle a longtemps été la star des médicaments antalgiques, avant d'être supplantée par le paracétamol, considéré comme mieux toléré, bien qu'il soit plus toxique.

L'aspirine a plusieurs propriétés: antalgique, antipyrétique, anti-inflammatoire et anti-agrégante plaquettaire.

C'est un produit globalement peu toxique, intéressant pour traiter les douleurs associées à une inflammation.

Son usage est limité par sa capacité allergisante (contre-indication chez les sujets sensibilisés), et par deux propriétés collatérales indissociables de son activité antalgique :

- Son mode d'action proche des anti-inflammatoires non stéroïdiens provoque des douleurs digestives, plus ou moins bien supportées, et atténuées par la prise en cours de repas.
- Son activité anti-agrégante plaquettaire, intéressante pour prévenir les thromboses, augmente logiquement le risque hémorragique quand celui-ci est préexistant.

Dans un objectif antalgique, l'aspirine peut être prise en alternance avec le paracétamol au cours de la même journée. Les deux produits ont des inconvénients différents qui ne se potentialisent pas l'un par l'autre.

2.3. L'ibuprofène

Il appartient à la grande famille des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), parmi lesquels il est considéré comme le plus sûr, d'où sa disponibilité en vente libre.

Le mode d'action est proche de celui de l'aspirine, avec cependant une certaine différence. Son effet principalement anti-inflammatoire est aussi antalgique et antipyrétique. Son inconvénient est une mauvaise tolérance digestive, améliorée par la prise en cours de repas. Il est indiqué dans les douleurs clairement consécutives à une inflammation.

Tout comme l'aspirine, il doit être évité lors des infections ORL qu'il risque d'aggraver en réduisant les défenses naturelles.

➔ Ces trois produits sont d'usage courant en automédication pour les douleurs ponctuelles.

Ils peuvent aussi entrer dans la stratégie médicamenteuse proposée dans le cas de douleurs chroniques, avec une prise régulière. Il est alors préférable qu'ils fassent l'objet d'une prescription qui garantira un usage à dose adéquate et le respect des contre-indications.

5. CANNABIS

Le chanvre cultivé (*Cannabis sativa*) contient à des niveaux variables, selon les conditions de culture, divers composés à action psychotrope, dont le delta-9 tétra-hydro-cannabinol (THC) et le cannabidiol (CDB). Les autres dérivés sont mal connus, et font l'objet de recherches.

5.1. Culture et consommation

Il y a une corrélation établie entre la quantité de THC consommée et les effets psychoactifs observés. La culture et la consommation sont réglementées dans certains pays (par exemple le Canada), ou totalement interdites dans d'autres dont la France, la Suisse, la Belgique. Là où il est interdit, il est largement diffusé de manière illégale par le narcotraffic.

Pour un usage récréatif, on le trouve sous trois formes :

- Les fleurs séchées qui contiennent de 5 à 15 % de THC (= marijuana ou herbe).
- La poudre obtenue par battage des plants fleuris, puis compactée en bloc (= haschich ou shit) qui contient jusqu'à 30 % de THC. Celui-ci est souvent coupé avec diverses substances, dont la paraffine, ce qui réduit sa concentration en principes actifs.
- L'huile obtenue par extraction des feuilles avec un solvant qui est ensuite évaporé, contient de 60 à 80 % de THC.

Il y a aujourd'hui une grande hétérogénéité des produits proposés, selon la provenance du chanvre, le mode de préparation et les éventuels additifs. Cela contribue à la grande diversité des effets observés et des éventuelles conséquences néfastes.

5.2. Le système endocannabinoïde

Il existe dans l'organisme un système endocannabinoïde, comme il existe un système endomorphinique, avec des médiateurs qui activent des récepteurs de deux types : CB1 et CB2. Les effets biologiques du cannabis s'expliquent par l'activation ou la modulation de ces récepteurs.

	Localisation	Fonction	Effet CBD	Effet THC
CB1	Cerveau et moelle épinière principalement, périphérie secondairement.	Euphorie, relaxation. Altération de la mémoire et de la coordination. Stimulation de l'appétit. Réduction de la douleur et des nausées.	Modulateur qui atténue l'activation.	Activation directe forte.
CB2	Périphérie, principalement, système immunitaire.	Régulation de l'inflammation, de la réponse immunitaire et de la douleur.	Activation indirecte.	Activation directe, faible.

5.3. Effets psychotropes du cannabis

L'activité du cannabis augmente temporairement la libération de dopamine, avec des effets psychoactifs et une activation du circuit de la récompense. À long terme, il peut se produire une désensibilisation du système dopaminergique qui favorise la perte de motivation, une tolérance accrue nécessitant d'augmenter les doses pour maintenir l'effet, et une dépendance psychique.

Les récepteurs sensibles à ses principes actifs sont abondants dans le système limbique, où s'organisent notamment la mémoire et la réactivité émotionnelle.

Les effets ressentis varient selon les sujets et les situations. On retrouve généralement une plus grande facilité à la détente, au lâcher prise, au ressenti de plaisir, aux poussées créatives, à l'euphorie. La levée d'inhibition et la sensation de plus grande intelligence ouvrent la porte à de nouveaux comportements. Il y a une amplification des perceptions visuelles et auditives (notamment la musique), et parfois émergence d'hallucinations plus ou moins bien vécues. L'état de conscience associe une plus grande présence à l'instant, mais plus ou moins déconnectée de la réalité environnante. La perception du temps change, avec une impression d'allongement.

Certains effets secondaires immédiats peuvent se manifester : rougeur conjonctivale, diminution de la température corporelle, sécheresse de la bouche et de la gorge, sensation de faim, discrète augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle en position couchée, et diminution en position debout.

5.4. Risques

Le rapport parlementaire français¹¹ rédigé par CHRISTIAN CABAL analyse 4 sources d'évaluation des conséquences de la consommation du cannabis. Il en ressort beaucoup d'inconnu et peu de consensus, avec un impact du point de vue personnel des experts tendant, soit à minimiser certains effets, soit à amplifier l'étendue d'un problème qui ne concerne qu'une minorité.

La grande majorité des troubles attribués au cannabis sont la conséquence d'une consommation importante (au moins trois fois par jour), chez des sujets ayant une sensibilité génétique et/ou une vulnérabilité psychique. La précocité du début de consommation (avant 15 ans) est un facteur d'aggravation du risque.

Le risque principal est une décompensation majeure, que l'on appelle délire cannabique, avec des conséquences qui peuvent être redoutables : accidents, actes incontrôlés, basculement dans un trouble psychiatrique, exceptionnellement un suicide. Une augmentation du risque d'AVC apparaît par la corrélation statistique en cas de forte consommation ou de fragilité préalable à ce niveau, sans pouvoir distinguer clairement la part liée au cannabis et celle liée au tabac.

Les risques chroniques liés à une consommation à long terme sont encore mal évalués. Les effets régulièrement observés sont une baisse de la capacité de mémorisation, l'amplification de réactivations de souvenirs, une baisse de QI (en moyenne 8 points, chez les consommateurs réguliers depuis l'adolescence).

5.5. Dépendance

Il existe une dépendance pharmacologique au cannabis, plutôt faible, et généralement sans conséquence du fait que le THC se stocke dans les tissus lipophiles et est relargué après l'arrêt, créant une décroissance progressive sur une durée pouvant aller jusqu'à quelques semaines.

La dépendance psychique est plus importante lors de consommation en continu pendant une longue période, du fait de l'activation directe du circuit de la récompense qui associe fortement le bien-être à la prise du produit, et de la difficulté à renoncer au détachement sans effort qui évite de se confronter directement aux problèmes.

¹¹ CHRISTIAN CABAL, 2002 - Impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs. Rapport parlementaire en ligne : www.assemblee-nationale.fr/11/pdf/rap-oecst/i3641.pdf - pages 32 à 54

5.6. Usage thérapeutique du cannabis

Les effets calmant et apaisant du cannabis, ainsi que sa capacité à faciliter le sommeil sont incontestables, pour des effets secondaires minimes si l'usage se fait dans un cadre maîtrisé. Diverses applications sont apparues : diminution des nausées et vomissements lors de chimiothérapies cytolytiques, augmentation de l'appétit lors du SIDA, réduction des douleurs de la sclérose en plaque. De nombreuses autres indications sont possibles.

Des spécialités administrables par voie orale sont disponibles et soumis à une réglementation plus ou moins stricte selon les pays, qui limite la prescription à des indications précises.

En France en 2025 :

Produit	Composition	Indication
Sativex®	THC + CDD	Sclérose en plaque
Marinol®	Dronabinol (THC)	Nausées (chimios) Anorexie
Cesamet®	Nabilone (analogue THC)	Nausées (chimios)
Cannabis « fleur »	Extrait global	Douleurs neuropathiques (expérimentation)

5.7. Usages du CBD

Le cannabidiol (CBD) est un autre composant du cannabis. Il existe des extraits plus ou moins concentrés, avec un faible niveau de THC, ce qui autorise une vente libre. Il est ainsi utilisé comme un produit de soin naturel, en auto-prescription.

Le CBD agit comme modulateur des récepteurs CB1 et activateur indirect des récepteurs CB2 du système endocannabinoïde, tandis que THC active les deux, surtout CB1.

Le CBD a également une action agoniste sur un récepteur de la sérotonine et sur des récepteurs impliqués dans la régulation de l'inflammation. Il prolonge l'action d'un médiateur endocannabinoïde naturel, l'anandamide, et exerce un effet modérateur sur la production de cytokines inflammatoires.

Ces mécanismes peuvent se manifester logiquement par les propriétés suivantes, décrites sans disposer en 2025 de preuves expérimentales fiables :

- Réduction du niveau d'anxiété et de stress (par l'activation des récepteurs de la sérotonine).
- Réduction de l'inflammation (par divers soutiens à la modulation inflammatoire).
- Effet analgésique (modulation des récepteurs endocannabinoïdes).
- Soutien neurologique, notamment lors de l'épilepsie.

Les enquêtes auprès des utilisateurs du CBD montrent qu'il est souvent utilisé pour réduire la douleur, avec des effets variables. Il s'agit le plus souvent de douleurs avec une composante inflammatoire, ce qui ne permet pas de distinguer l'effet anti-inflammatoire bien documenté, d'un effet purement antalgique plus hypothétique.

5.8. Le cannabis dans le traitement de la douleur

L'utilisation du cannabis dans le traitement de la douleur peut se faire de trois manières :

- Prise de CBD par voie orale, avec un effet attendu avant tout anti-inflammatoire. Un apport de 5 à 10 mg par jour est préconisé pour agir sur une douleur modérée, avec la possibilité d'augmenter jusqu'à 30 mg, en 2 ou 3 prises, si besoin.
- Utilisation de cannabis fumé, obtenu de manière illégale, avec les risques d'une qualité imprévisible des produits obtenus.
- Prise de cannabis thérapeutique (extraits à teneurs connues en THC et CBD) par voie orale, dans les pays où il est autorisé.

Seule l'expérience individuelle peut évaluer l'efficacité dans sa propre situation.

Il est évident que le THC, et plus encore son association avec le CBD dans le cannabis sans extraction spécifique, est plus actif sur la douleur que le CBD seul.

Des effets bénéfiques ont été montrés sur les douleurs lombaires, et les douleurs cancéreuses. Les utilisateurs témoignent de soulagement dans diverses pathologies chroniques comme la sclérose en plaques, l'arthrite et parfois des douleurs neuropathiques. Les effets objectifs devraient se préciser dans les années à venir, au fur et à mesure de la publication des essais en cours.

L'effet antalgique est discuté par les chercheurs, parce que les études qui tentent de l'isoler de toute autre composante sont le plus souvent peu convaincantes. Il est cependant globalement reconnu, confirmant ainsi les multiples témoignages d'utilisateurs.

Le rapport bénéfice/risque est favorable si l'usage est maîtrisé en évitant les conditions favorables à une dérive toxicomaniaque.

La principale difficulté est l'absence de disponibilité légale dans certains pays, ce qui conduit à l'utilisation de produits de qualité incertaine et ne permet pas le suivi médical qui garantirait la sécurité.

Il y a une vraie frilosité des autorités sanitaires de certains pays et du monde médical face au développement de ce traitement, craignant une dérive récréative comme cela s'est produit pour les opioïdes. Le risque n'est cependant pas du même niveau !

6. ALCOOL

L'alcool n'a pas d'effet antalgique direct connu, il permet cependant, indirectement, de réduire la douleur par une action centrale sur différents neuromédiateurs, avec un effet sédatif et anxiolytique, ainsi qu'une altération de l'attention qui peut se dissocier de la sensation douloureuse.

Les boissons fortement alcoolisées étaient ainsi utilisées dans le passé, à défaut d'anesthésiques, lors des interventions chirurgicales sur les blessés. De nombreuses personnes ont pris l'habitude, après l'avoir expérimenté avantageusement, de s'alcooliser pour réduire leur douleur chronique et trouver un apaisement.

L'effet peut être ressenti dès l'ingestion de deux verres standards (25 cl de bière, 10 cl de vin, 3 cl de spiritueux à 40°). Il est optimal quand l'alcoolémie atteint 0,5 g/l. Au-delà, ce sont surtout les inconvénients qui augmentent. Il ne dure que le temps de l'imprégnation alcoolique.

Il ne s'agit évidemment pas d'une solution recommandée dans la durée, les effets néfastes de l'alcoolisme chronique étant bien connus. On peut comprendre le recours à cette solution, quand l'alcool est bien toléré, qu'il n'y a pas de médicaments sujets à interférence et qu'un état douloureux devient insupportable sans autre solution disponible. Il est alors important de ne pas en faire une habitude.

1. THÉRAPIE ACT (ACCEPTATION ET ENGAGEMENT)

La thérapie ACT (*acceptance and commitment therapy*) est le socle de la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales (TCC), avec la principale technique sur laquelle elle s'appuie : la méditation pleine conscience. Comme l'ensemble des approches TCC, elle est issue de la recherche universitaire et validée par des évaluations rigoureuses.

1.1. Principe général de la thérapie ACT

La thérapie ACT agit sur la profondeur de l'être avec un objectif ambitieux : développer une souveraineté qui permet de se défusionner des mécanismes automatiques, et trouver une flexibilité pour ne plus les manifester de manière systématique.

Elle touche ainsi le cœur de la réalité psychologique humaine : la puissance automatique du fonctionnement de nos réactions et comportements spontanés, qui nous prive de liberté de faire autrement, même si ces réactions et ces comportements nous sont préjudiciables. L'objectif est de développer des alternatives plus favorables, et de pouvoir les choisir.

Elle repose sur les deux piliers inscrits dans la dénomination ACT : *acceptance* et *commitment*.

- *Acceptance* est l'acceptation de ce qui est déjà là, en refusant d'imaginer qu'à l'instant présent les choses puissent être autrement.
- *Commitment* est l'engagement vers un objectif en s'impliquant réellement dans la démarche qui fait avancer dans cette direction.

Cette grande simplicité est cependant une révolution dans la manière d'aborder le changement.

On y retrouve le message de la prière de la sérénité, popularisée par les Alcooliques Anonyme, souvent attribuée à MARC AURELE (alors qu'aucune source fiable ne le valide !), et dont une traduction moderne et laïcisée pourrait être : *Accepter ce qui ne dépend pas de moi, Avoir le courage d'agir sur ce qui dépend de moi et que je peux changer, Et trouver la sagesse de discerner l'un de l'autre*¹⁸.

La thérapie ACT s'appuie sur un modèle central qui fixe 6 objectifs de changement : l'Hexaflex et utilise certaines techniques dont la principale est la méditation pleine conscience.

¹⁸ En latin : *Deus, dona mihi serenitatem accipere res quae non possum mutare, fortitudinem mutare res quae possum, atque sapientiam differentiam cognoscere*

1.2. Hexaflex

Le modèle central de la thérapie ACT s'appelle Hexaflex, parce qu'il décrit des objectifs de changement pour 6 processus psychologiques, qui convergent vers l'acceptation de ce qui est et l'engagement de l'action qui nous est bénéfique.

1. Notre **rapport à la réalité** : l'acceptation

Il s'agit de sortir du refus par l'évitement ou la résistance pour aller vers l'acceptation. Accepter ce qui est déjà là au présent et ce qui ne dépend pas de nous comme point de départ de notre ligne vers l'avenir. L'attitude recherchée est ouverte et non défensive vis-à-vis de nos états intérieurs (pensées, émotions, sensations), sans désir de les supprimer. Il ne s'agit pas non plus d'y adhérer. Simplement être avec ce qui est là, parce que de toute manière, au moment présent, cela ne peut pas être autrement. Accueillir nos états intérieurs nous aide à accepter la réalité extérieure, puisque nous la ressentons à travers ces états.

2. Notre **lien avec nos pensées** : la défusion cognitive

Il s'agit de sortir de la fusion cognitive dans laquelle nous nous identifions à ce que nous pensons, pour aller vers une défusion. Il est ainsi possible d'observer nos propres pensées comme des processus mentaux, et non comme des vérités. Se défusionner des pensées automatiques ne cherche pas dans un premier temps à les changer mais à changer notre rapport avec elles. C'est aussi un point de départ favorable pour les faire évoluer.

3. Notre **focalisation temporelle** : le contact avec le moment présent

Il s'agit de sortir des ruminations sur le passé ou des projections sur le futur, pour orienter intentionnellement notre attention sur l'expérience du moment présent, telle qu'elle est, avec curiosité et ouverture, notamment en se focalisant sur notre sensorialité interne (notre corps) et externe (notre environnement).

4. La **représentation de notre Soi** : le Soi comme contexte

Il s'agit de sortir du Soi perçu comme le contenu de nos pensées et de nos émotions, pour tendre vers un soi ressenti comme un contexte dans lequel nous pensons et ressentons. Expérimenter un sens du soi stable, observateur et placé au-delà du contenu des pensées, émotions et histoires personnelles, qui n'est ni défini ou limité par les expériences passées, ni affecté par les vécus douloureux.

5. La **référence à nos motivations** : la clarification des valeurs

Il s'agit de sortir de la confusion dans laquelle des valeurs plus ou moins cohérentes agissent inconsciemment sur nos motivations, pour aller vers la clarification de celles qui nous animent, leur identification, et leur hiérarchisation. Les valeurs ne sont pas des objectifs, ce sont des directions qui motivent nos actions et nos engagements. Les clarifier aide à faire des choix cohérents et agir avec davantage d'enthousiasme.

6. Notre **dynamique personnelle** : l'action engagée

Il s'agit de sortir de l'inertie dans laquelle nous attendons que les choses arrivent pour s'engager dans une action choisie, réaliste dans ses objectifs et alignée sur nos valeurs. Poser des actions concrètes dans le sens de nos valeurs avec une continuité sur le fil d'un engagement. L'engagement consiste à ne pas renoncer et se relever après un sentiment d'échec.

	Attitude bloquante	Ouverture avec l'Hexaflex
1	Évitement, refus, révolte	Accueil ce qui est déjà là tel que cela est
2	Fusion aux pensées porteuses de vérité	Observation des pensées comme de simples processus mentaux
3	Ruminations anticipations	Attention au présent en étant plus attentif à la sensorialité
4	Identification du soi à ce qui est vécu	Perception d'un soi au-delà de ce qui est vécu
5	Confusion des valeurs motivations instables	Identification et hiérarchisation des valeurs qui nourrissent des motivations cohérentes
6	Inaction ou impulsivité réactive	Action engagée en accord avec ses valeurs

1.3. Méditation pleine conscience

La méditation pleine conscience est la technique centrale de la thérapie ACT. Inspirée de pratiques bouddhistes, elle a été laïcisée et adaptée par JON KABAT-ZINN dans les années 1970, afin de pouvoir l'évaluer comme une technique de psychothérapie.

Elle demande de prendre un temps défini, de quelques minutes à quelques dizaines de minutes, et de le respecter comme un temps pour soi, avec pour seul objectif d'observer et d'accepter notre état intérieur, quel qu'il soit.

Elle se pratique en groupe avec un guide, seul avec un enregistrement, ou de manière autonome pour les personnes entraînées.

Son but n'est pas de cesser de penser, ce qui peut se produire ou non. L'ambition est d'aller dans le sens des quatre premiers points de l'Hexaflex : accepter ce qui est, se défusionner des pensées, être présent, percevoir le soi au-delà de ce qui est vécu.

Le positionnement en tant qu'observateur attentif de l'état intérieur est le point de départ vers tous ces objectifs.

La régularité de la pratique offre des retours à soi pour consolider ce positionnement, et lors de difficultés pour prendre du recul sur nos mécanismes internes et choisir une attitude appropriée.

Les bénéfices de la méditation pleine conscience pour favoriser l'acceptation, réduire le stress, gagner en confiance, et plus globalement améliorer la qualité de vie, sont clairement établis.

1.4. Autres techniques

La thérapie ACT a pour objectif de faire progresser les 6 processus psychologiques de l'Hexaflex, afin d'augmenter la capacité d'acceptation et d'engagement.

La méditation pleine conscience est la technique majeure, sans être pour autant suffisante.

D'autres techniques sont choisies selon les compétences de l'accompagnant et les affinités du sujet.

Elles peuvent être puisées dans les TCC classiques, la PNL, l'hypnose.

1.5. Thérapie ACT et douleur chronique

Accompagner la douleur chronique en s'appuyant sur la thérapie ACT demande un virage à 180° par rapport à la dynamique de soin habituelle qui s'exprime en lutte contre la maladie. Dans cette dynamique, lutter contre la douleur chronique consiste à trouver le meilleur traitement capable de l'éteindre, en espérant la vaincre et la faire disparaître. La réalité de cette démarche est souvent décevante. La douleur est atténuée mais persiste, et la focalisation sur le problème en étant insatisfait des résultats obtenus contribue à dégrader la qualité de vie, et avec elle le ressenti douloureux. Abandonner la lutte est souvent perçu comme une résignation et un renoncement à toute amélioration, c'est pourquoi ce virage est souvent difficile.

Avec la thérapie ACT, le premier pas est l'**acceptation de la douleur**. Et c'est là que ça coince ! Accepter est perçu comme se résigner à souffrir. La culture occidentale qui repose sur la maîtrise par la connaissance et la technologie nous a appris qu'en luttant contre les problèmes on les résout. Cela est vrai dans le domaine mécanique qui est régi par des lois de cause à effet. Cela ne s'applique pas au mode vivant qui fonctionne sur un mode d'auto-organisation que l'on ne peut pas maîtriser.

Accepter ce qui est déjà là, et sur lequel nous n'avons pas le contrôle, nous aide à se défocaliser de la douleur, et à mobiliser notre énergie pour entreprendre ce qui dépend de nous : vivre avec la douleur, appliquer les soins qui l'améliorent, rechercher la meilleure qualité de vie. Nous prenons notre barque en main, et cessons de nous épuiser à lutter contre ce qui n'est pas sous notre contrôle. Nous entrons alors dans une démarche positive et optimiste qui soutient notre potentiel de changement vers une amélioration.

L'axe majeur de la thérapie ACT face à la douleur chronique est simple à formuler, difficile à réaliser pour certains tempéraments, et déterminant dans le succès durable d'un programme thérapeutique.

Il s'agit de **vivre aussi pleinement que possible avec la douleur**.

Cette démarche repose sur deux piliers :

- Accueillir les sensations douloureuses comme étant là, et consentir à vivre avec pour continuer à faire ce qui nous tient à cœur.
- Ne pas céder à la tentation de l'immobilisme parce qu'il est plus confortable au présent de ne rien faire que de ressentir la douleur d'une mise en mouvement.

Selon les TCC, sur lesquelles s'appuie la thérapie ACT, l'évitement de ce qui nous pose difficulté est néfaste à de nombreux points de vue : aggravation de la difficulté, génération d'anxiété que le contrôle échoue, diminution de notre capacité à faire face. Parfois les stratégies d'évitement, par leurs conséquences, deviennent elles-mêmes un problème, qui finit par occuper le premier plan. Lorsque la douleur est acceptée comme faisant partie de soi, chercher à l'éviter n'est plus une préoccupation, et c'est toute la dynamique de vie qui prend une autre direction.

Le point difficile dans cette démarche demande au départ un engagement courageux : ne pas restreindre nos activités et nos mouvements parce que cela active de la douleur, sauf si c'est un facteur de risque, ou d'aggravation de la pathologie sous-jacente.

Cet évitement du mouvement, que l'on appelle kinésiophobie, est un frein majeur à l'amélioration. Accepter l'inconfort immédiat pour s'investir dans une vie plus plaisante, et un meilleur confort à venir.

Le fait d'être en activité, de marcher, et dans la mesure du possible de pratiquer un sport, a un effet direct sur la douleur, parce que son potentiel d'expression augmente quand la partie du corps concernée se rigidifie. L'immobilisme dans une position optimale de repos est souvent plus confortable au présent, ce qui aide pour dormir. Cependant, quand il devient une habitude de facilité qui se pérennise, il aggrave le potentiel douloureux, qui va se révéler quand la mise en mouvement sera nécessaire.

L'immobilisme et les évitements nourrissent un engrenage délétère dans lequel nous nous recroquevillons sur nous-même, perdons notre joie de vivre, avec un vrai risque de glissement dépressif et un état douloureux qui s'aggrave.

Passer à l'ACT quand on souffre de douleur chronique n'est pas aisé. Cela demande souvent une remise en cause importante de la manière dont nous avons considéré notre douleur, et un apprentissage à vivre autrement cette situation.

Le défi diffère selon les tempéraments, ce qui invite à personnaliser l'objectif, la démarche, et les techniques de changements utilisées.

Développer l'acceptation et de l'engagement selon les personnalités

La véritable acceptation que propose la thérapie ACT est rarement spontanée. Elle demande un apprentissage personnalisé, car ce qui est nécessaire ou bénéfique varie selon la construction psychique adoptée, qui constitue la personnalité. Quatre exemples :

– Les personnalités positives ont tendance à mettre le déni sur leurs difficultés, ce qui est bénéfique dans un premier temps. Cela peut aussi devenir pénalisant quand le déni n'est plus possible, parce que la difficulté non traitée s'est amplifiée, et que s'y confronter devient inévitable. L'avantage d'un tempérament positif est la forte motivation à vivre des choses agréables, ce qui réduit les évitements liés à la peur de la douleur. L'inconvénient est que la douleur n'est pas vraiment acceptée et le déni favorise des comportements aggravants. L'apprentissage prioritaire consiste donc à ressentir et intégrer la douleur, alors que cela est désagréable, pour l'accepter sans déni.

– Les personnalités contrôlantes ont du mal à accepter ce qui leur échappe, et luttent contre la difficulté en pensant qu'elles devraient en faire davantage. Cela ne fait qu'aggraver la douleur. L'avantage est la capacité à se discipliner dans un programme. L'inconvénient est que consentir à cesser de lutter paraît impossible. L'apprentissage prioritaire consiste alors à accepter ce qui ne dépend pas de soi et renoncer à vouloir le maîtriser, afin de s'engager dans un programme avec des objectifs dont la réalisation ne dépend que de soi.

– Les personnalités volontaires s'affirment spontanément et obtiennent par l'action ce qu'elles désirent. Leur tendance peut être de braver frontalement la douleur, ou de s'investir fortement dans une solution avec une impatience de résultat, ce qui sera rarement bénéfique. L'avantage est la capacité et le courage d'agir. L'inconvénient est la frustration ressentie quand l'action ne permet pas d'obtenir ce qui est désiré. L'apprentissage prioritaire, difficile, consiste avant tout à accepter l'impuissance à maîtriser la douleur, et s'investir dans un programme sans impatience de résultat.

– Les personnalités introverties se positionnent plus ou moins en retrait de la réalité, et savent se dissocier d'une difficulté pour la gérer. La richesse de la vie intérieure (pensées, imagination, rêveries) est une alternative pour oublier les problèmes extérieurs. L'avantage est une meilleure capacité d'acceptation de la réalité, en n'étant pas vraiment dedans. L'inconvénient est une difficulté à se mettre en action, par manque de « starter ». L'apprentissage prioritaire consiste à la fois à se connecter davantage à la réalité par le corps et à la sensorialité, et se motiver à se mettre en action pour suivre un programme.

XIV - PROGRAMME PERSONNALISÉ, SYSTÉMIQUE, INTÉGRATIF ET DURABLE

Si nous souffrons de douleur chronique, la démarche habituelle commence par un diagnostic médical, aussi précis que possible, afin de proposer un traitement spécifique de la pathologie, s'il en existe un reconnu comme efficace. Comme il s'agit généralement de pathologies chroniques, sans traitement curatif pouvant y mettre fin, la douleur va être traitée de manière spécifique, avec l'objectif de la réduire pour améliorer le confort de vie.

Chaque situation de douleur chronique est unique, et les possibilités de traitement et d'accompagnement varient selon les praticiens que nous connaissons préalablement ou que nous allons trouver pour nous aider. L'idéal est d'avoir à proximité une structure spécialisée dans la douleur chronique (SDC en France), proposant une prise en charge pluridisciplinaire, avec une disponibilité permettant un suivi rapproché et régulier. Ce n'est pas toujours le cas, et le fait de ne pas pouvoir se confier à une structure adaptée à notre situation complique les choses. Le traitement antalgique est alors assuré par un médecin généraliste, ou spécialiste de notre pathologie chronique, et les traitements complémentaires plus ou moins laissés à notre initiative.

Si l'ensemble de la démarche thérapeutique nous a permis, au bout de plusieurs mois, de mener notre existence sans que la douleur soit une obsession, ou un frein aux activités qui nous réjouissent, nous pouvons dire qu'elle a atteint son objectif. Comme « on ne change pas une équipe qui gagne », il n'y a aucun besoin de chercher davantage.

Si en revanche la douleur reste une préoccupation première malgré les traitements, et qu'elle conduit à des évitements qui deviennent eux-mêmes sources de problème, ou que nous avons le sentiment que notre existence est devenue une épreuve quotidienne à cause de cela, alors il y a sûrement quelque chose à faire.

La méthode habituelle de prise en charge médicale de la douleur chronique essaye successivement les traitements disponibles, en privilégiant ceux dont le rapport bénéfice/risque connu par les évaluations est le meilleur pour le type de douleur concerné. L'objectif est de trouver un traitement ou une association de traitements

efficaces, et à défaut, d'additionner des soins complémentaires pour cumuler les bénéfiques, jusqu'à obtenir un résultat satisfaisant.

Les résultats sont trop souvent décevants, avec une douleur qui reste une véritable préoccupation, ou lorsqu'une amélioration significative est obtenue, les effets bénéfiques se dissipent et la douleur réapparaît, avec le sentiment que ce sera sans fin.

Quand les traitements et les accompagnements dont nous disposons ne nous permettent pas de vivre de manière satisfaisante avec notre douleur chronique, nous pouvons soit nous résigner, soit prendre les choses en main pour reconsidérer le programme de soins dont nous disposons, et voir comment il pourrait être amélioré.

Cela peut se faire avec un accompagnant professionnel de la santé ou de la psychologie en qui nous avons toute confiance, que nous appellerons référent relationnel, ou à défaut, seul, si nous n'avons pas d'autre solution, et si nous sommes pleinement motivés. Dans les deux cas, le fait que nous participions pleinement à l'élaboration du programme favorise notre adhésion et notre confiance dans les choix effectués. Cela a une grande importance, quand on sait que l'effet placebo observé sur les traitements antalgiques est amplifié par cela.

L'importance démontrée de l'effet placebo sur la douleur chronique (chapitre XIII) nous indique que le contexte est aussi important que les principes actifs antalgiques pour réduire la sensation douloureuse. Il est donc logique de s'investir fortement dans ce contexte. Par leur action propre et leur soutien au processus autoguérisseur, les changements effectués dans l'écologie personnelle et notre approche psychologique de la situation sont le meilleur atout d'un effet durable du programme thérapeutique. La mise en mouvement du corps (chapitre IX), la psychologie (chapitre XI), ainsi que le mode de vie (chapitre XII) ont des effets directs et indirects sur la genèse de la douleur et sur sa perception. C'est donc en mettant tout cela en synergie, dans une dynamique d'enthousiasme et de confiance, que l'on pourra maximiser la performance vers une amélioration durable.

Le programme personnalisé, systémique, intégratif et durable face à la douleur chronique (PPSID) est une proposition pour améliorer les effets thérapeutiques des solutions disponibles, en choisissant celles qui sont le mieux adaptées à la personne et à sa situation, et en les combinant pour qu'elles se potentialisent les unes les autres.

Il repose sur la pertinence des traitements choisis, et sur la dynamique d'ensemble d'un programme qui active tous les leviers de notre potentiel autoguérisseur. Celui-ci est particulièrement actif sur la douleur, la part d'effet placebo dans les évaluations de traitements antalgiques ne cesse de le confirmer.

L'objectif est ambitieux. La disparition de la douleur est une possibilité ouverte, sans être une finalité attendue, puisqu'à ce niveau certains facteurs ne dépendent pas de nous. L'objectif est de s'engager pleinement sur un chemin qui tend vers la réduction de la souffrance ressentie, et l'acceptation des douleurs, s'il en persiste malgré les traitements.

La disparition de la douleur est la situation idéale, possible mais incertaine. S'il reste une part résiduelle et qu'elle est intégrée comme un épiphénomène acceptable qui n'est plus un frein pour envisager des journées réjouissantes, c'est aussi une victoire.

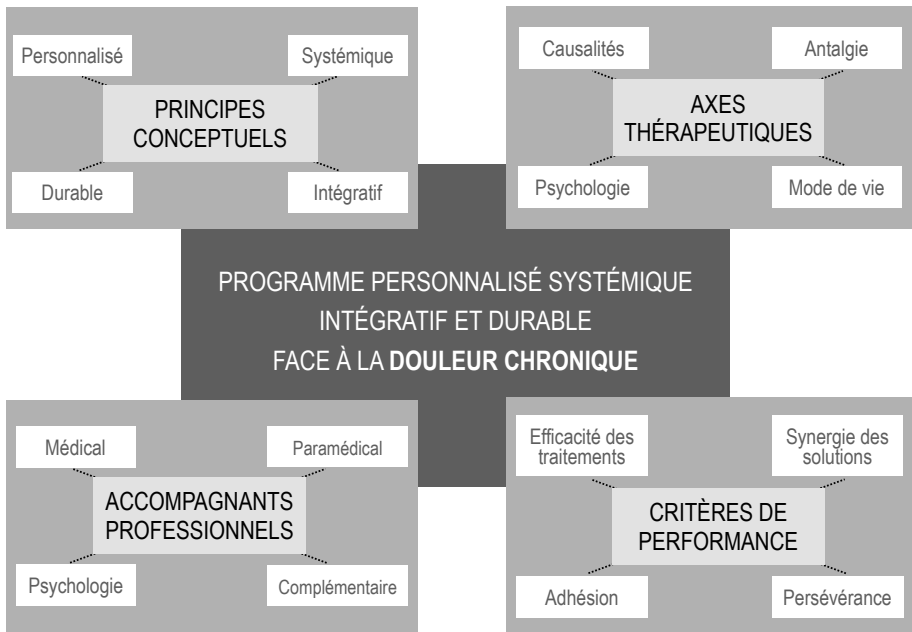
A - LES BASES d'UN PPSID

Le PPSID est un programme qui se construit avant d'être mis en œuvre. Il repose sur 4 fondements conceptuels et 4 axes thérapeutiques, afin de sélectionner, parmi toutes les aides thérapeutiques existantes celles qui sont adaptées à notre situation, et se potentialisent en agissant dans des domaines différents et complémentaires.

Le PPSID s'articule en 4 étapes et peut impliquer des accompagnants issus de 4 secteurs de l'univers thérapeutique, avec, idéalement, un référent relationnel avec qui le programme se co-construit, et qui ensuite encadre et soutient sa mise en œuvre.

1. LES FONDEMENTS DU PROGRAMME

Construire un programme cohérent et ambitieux est comme monter un échafaudage. Pour qu'il puisse prendre de la hauteur, il a besoin de bases solides. Pour clarifier et simplifier une complexité dans laquelle il est difficile de ne rien oublier, la proposition repose sur quatre piliers, qui eux-mêmes se déclinent en quatre variantes.



1.1. Les quatre principes conceptuels du PPSID

Un programme personnalisé, systémique, intégratif et durable face à la douleur (PPSID) repose sur les quatre fondements conceptuels qu'il énonce²⁷ :

- a. **Personnalisé**, en sélectionnant les traitements adaptés à notre situation, c'est-à-dire choisis avec notre pleine adhésion, susceptibles d'apporter un bénéfice réel, bien supportés et accessibles à notre budget.
- b. **Systémique**, en nous considérant comme un ensemble cohérent, auto-organisé, capable de s'autoguérir en se transformant si ce potentiel est soutenu. L'accompagnement vise alors à développer notre potentiel de santé par divers changements et apprentissages, en même temps que l'on réduit la douleur par des traitements curatifs et que l'on conforte une vision positive de l'avenir. L'aide apportée n'est pas un cumul de solutions complémentaires, c'est un ensemble organisé et cohérent, dont les composantes se combinent entre elles de manière synergique vers un objectif commun.

²⁷ La globalité d'une démarche thérapeutique systémique, intégrative, personnalisée et durable est le fondement du concept Santé Vivante - JACQUES B. BOISLEVE : Santé Vivante - Holosys Éditions 2017/2022

c. **Intégratif** avec un pragmatisme qui privilégie le plus bénéfique en puisant les ressources dans tout ce qui est disponible, que cela soit validé ou non par la science médicale, dès lors que cela nous est utile et dépourvu de risque avéré.

d. **Durable** en pouvant s'inscrire dans le long terme, afin d'obtenir une amélioration aussi rapide que possible, de la maintenir et de ne pas compromettre l'avenir par des effets secondaires et risques évitables. L'approche durable prévoit aussi comment retrouver rapidement l'amélioration déjà obtenue en cas de rechute.

1.2. Les quatre axes thérapeutiques

Le traitement de la douleur chronique ne souffre pas d'un manque de solution, plutôt d'un trop grand nombre. Elles ont toutes un potentiel thérapeutique, et aussi des limites dans l'intensité de leur activité antalgique, et dans le champ d'application de leur efficacité. Une seule solution ne peut généralement pas apporter un résultat satisfaisant sur un état douloureux chronique.

La stratégie optimale associe plusieurs objectifs complémentaires, qui constituent les quatre axes thérapeutiques du programme :

a. Causalité : traiter la pathologie causale, dans la mesure du possible, et agir sur les causalités secondaires qui aggravent les douleurs en les déclenchant, en les intensifiant, ou en les prolongeant.

b. Antalgie : réduire directement la douleur à l'aide des techniques et traitements antalgiques.

c. Psychologie : accompagner le vécu psychologique pour favoriser l'acceptation de la situation, atténuer la souffrance ressentie, et dynamiser le programme en l'intégrant dans un projet de vie.

d. Écologie personnelle : soutenir la santé globale en optimisant les facteurs modifiables du mode de vie.

Il est plus important de s'investir un peu dans chacun de ces quatre objectifs, que de mettre tous ses efforts dans un seul. Trop souvent, une forte focalisation sur le traitement antalgique cherchant une efficacité immédiate prive des ressources nécessaires pour une amélioration plus profonde et plus durable.

1.3. Les quatre secteurs de l'accompagnement

Les différents soins ciblés sur les douleurs chroniques impliquent des professionnels de la santé venant principalement de quatre secteurs : la médecine, les soins paramédicaux, la psychologie et les thérapies complémentaires. Les compétences se complètent en agissant de manière différente ou dans des domaines distincts. La difficulté, dans un programme intégratif, est de les associer sur un axe commun pour qu'elles entrent en synergie. Simplement les additionner, comme c'est souvent le cas, crée des chevauchements et favorise la dispersion. Parfois, cela peut faire émerger des contradictions.

a. Le **secteur médical** prend en charge le diagnostic et les traitements médicamenteux, chirurgicaux, ainsi que la prescription de soins paramédicaux et de dispositifs antalgiques, tout en veillant à la santé générale, au-delà de la douleur. Les rôles sont généralement partagés entre un médecin traitant (généraliste), un spécialiste en charge de la pathologie causale, et les structures spécialisées dans la douleur chronique. Le médecin généraliste et le(s) spécialiste(s) établissent les diagnostics et veillent sur la santé générale. Les équipes spécialisées dans le domaine de la douleur chronique sont les plus compétentes pour établir un programme et prescrire les soins adaptés. La difficulté est leur accessibilité, difficile quand ils sont éloignés, et surtout leur manque de disponibilité, notamment pour un suivi régulier. Le médecin généraliste, souvent dans ce cas, prend le relais et fait de son mieux, avec ses compétences.

b. Le secteur **paramédical** intervient en général sur une prescription médicale. La kinésithérapie propose des soins de fond (renforcement musculaire) et la physiothérapie des traitements antidouleur par thermothérapie ou électrothérapie. L'ergothérapie est une aide utile pour réduire les causes secondaires d'aggravation de la douleur en adaptant les comportements et les espaces de vie.

c. La **psychologie** joue un rôle important dans la prise en charge de la douleur chronique, comme soutien aux difficultés vécues, et aussi avec ses propres outils dans le programme de soins.

La psychothérapie intervient de manière générale sur toutes les difficultés de l'existence, qui concernent aussi les personnes souffrant de douleurs chroniques. L'accompagnement d'un programme de soins ciblé sur la douleur est un aspect particulier, facilité par certaines compétences (ACT, TCC, PNL, hypnose, EFT). Le domaine d'intervention

est principalement l'évolution vers l'acceptation du positionnement interne par rapport à la douleur, la motivation à s'engager pleinement dans le suivi des soins proposés ainsi que les changements bénéfiques dans l'écologie personnelle, et l'appropriation d'auto-soins antalgiques (EFT, autohypnose).

d. Les **thérapies complémentaires** (ostéopathie, chiropraxie, praticiens en soins énergétiques) sollicitées pour des soins précis inclus dans un programme déjà défini, sont invitées à répondre à ce qui est demandé, sans interférer avec le reste du parcours, afin de ne pas induire de dispersion.

En l'absence de programme déjà défini, en cas de forte relation de confiance déjà établie, et avec la conscience des limites de leur compétence, ils peuvent devenir de véritables accompagnants pour soutenir le parcours.

1.4. Les quatre critères de performance

Un programme ambitieux cherche la meilleure performance possible. Celle-ci sera maximale en optimisant quatre critères : l'efficacité des traitements antalgiques, la synergie des solutions choisies, la pleine adhésion et la persévérance.

a) Efficacité des traitements antalgiques

Disposer d'un traitement capable d'apaiser rapidement la douleur, qu'il soit médicamenteux ou non, est un point majeur du programme. Il ne dispense pas pour autant de s'investir dans les démarches de fond, pour réduire le niveau global des ressentis douloureux et tendre vers l'arrêt de ces traitements. L'efficacité des traitements antalgiques est un atout essentiel du confort de vie, qui lui-même est un facteur majeur de l'amélioration générale.

Les évaluations disponibles sur les différents traitements existants, ainsi que leurs effets secondaires et risques connus, nous aident à choisir ceux que nous allons tester, car l'expérience personnelle positive reste la meilleure validation. Aucun traitement durable (ce qui exclut les opioïdes) ne peut préalablement garantir une efficacité sur notre douleur, et un traitement réputé peu efficace peut avoir sur nous un effet satisfaisant. Nous retiendrons ainsi les solutions qui offrent le meilleur rapport bénéfice/risques, de préférence plusieurs pour les alterner, voire les associer lors de périodes difficiles.

b) Synergie entre les solutions

Dans une logique systémique, les solutions thérapeutiques qui agissent par des modes différents sur un même objectif ne font pas que s'additionner, elles se potentialisent, selon une équation $1+1 > 2$.

La synergie est recherchée à l'intérieur des quatre axes thérapeutiques, en agissant dans une même direction selon différents modes d'action. Par exemple, pour le traitement antalgique, si plusieurs médicaments sont associés, il est avantageux de les sélectionner dans des familles différentes.

La synergie est aussi recherchée entre les quatre axes thérapeutiques, en agissant simultanément sur chacun d'entre eux, parce que les uns potentialisent les autres, dans un ensemble qui active une spirale vertueuse.

c) La pleine adhésion au programme

Adhérer pleinement au programme que nous allons suivre a deux intérêts complémentaires :

- Nous sommes plus enclins à le suivre.
- Les solutions adoptées sont plus efficaces, amplifiée par l'effet placebo qui est particulièrement sensible à la confiance que nous accordons à nos traitements.

Cette adhésion est plus facile si ce programme nous est adapté, donc personnalisé, et qu'il s'intègre dans notre cadre de vie sans le déstabiliser et sans être ressenti comme une contrainte. Si nous participons activement à son élaboration, notre confiance et la facilité à le suivre sont accrues.

d) Persévérance

Un programme thérapeutique ciblé sur la douleur chronique est une démarche à long terme, qui produit progressivement ses fruits. Il obtient des effets durables s'il est suivi sur une longue période en gardant l'axe choisi. Il est habituel, le long du parcours, de traverser des périodes de doutes, quand les bénéfices sont longs à venir, ou que nous avons le sentiment de rechuter après une amélioration. Lorsqu'il y a un accompagnement psychologique, les doutes et les rechutes sont pris en charge avec diverses stratégies pour dépasser ces obstacles. La persévérance est d'autant plus aisée que le programme est pleinement intégré dans notre projet de vie.

XV - DESCRIPTION DES PRINCIPAUX SYNDROMES DOULOUREUX CHRONIQUES

Les situations qui conduisent à une douleur chronique, permanente ou intermittente, sont nombreuses. Le panorama décrit dans ce chapitre ne constitue pas une liste exhaustive. Il rassemble les situations les plus courantes afin de les décrire brièvement, et préciser les spécificités thérapeutiques propres à chacune, ainsi que les orientations du programme thérapeutique les mieux adaptées.

1. DOULEURS NEUROPATHIQUES

Les douleurs neuropathiques sont la conséquence de multiples pathologies ayant en commun une atteinte lésionnelle qui stimule le système nerveux, un mécanisme de la douleur, et des manifestations plus ou moins caractéristiques de ce mécanisme.

Une diversité des causes initiales stimule de manière inappropriée les nerfs ou le système nerveux central, et provoque alors des douleurs neuropathiques. Un diagnostic précis est nécessaire pour adopter la stratégie thérapeutique optimale.

Une classification des neuropathies est proposée dans l'annexe A1.

Programme thérapeutique pour les neuropathies

– Causalités : la différenciation entre pathologie organique et fonctionnelle est majeure. Pour les causes organiques, les solutions éventuelles sont du domaine médical ou chirurgical. Pour les causes fonctionnelles, par exemple la compression d'un nerf par une tension locale, une reconsidération profonde du contexte qui a conduit à la situation (mode de vie, psychothérapie...) mérite vraiment d'être envisagée. Dans tous les cas, un bilan ergonomique permet d'identifier d'éventuels changements bénéfiques pour éviter les stimulations douloureuses.

– Antalgie : les traitements médicamenteux et l'électrothérapie ont un rôle majeur, particulièrement quand la douleur est pénible à supporter. L'association d'un antidépresseur antalgique (amitriptyline, duloxétine) et de prégabaline, est souvent prescrite en première intention. Un patch de lidocaïne peut soulager une douleur bien localisée. Les traitements non médicamenteux sont à évaluer au cas par cas, en les expérimentant. Les opioïdes sont une solution de dernier recours si les autres traitements n'apportent pas un apaisement suffisant.

– Psychologie et mode de vie sont bénéfiques pour leur intérêt général dans un programme, sans spécificité pour ce type de douleur.

L'algodystrophie et le zona sont décrits plus précisément, du fait de leur complexité associant les trois mécanismes de la douleur.

1.1. Algodystrophie

Le syndrome douloureux régional complexe (SRDC) se décline en deux types :

- Le SRDC de type II est directement associé à une lésion nerveuse, il entre donc dans la catégorie des neuropathies.
- Le SRDC de type I, appelé couramment algodystrophie, n'est pas directement associé à une lésion nerveuse et cumule plusieurs mécanismes : nociceptif, neuropathique et nociplastique de manière plus ou moins importante. C'est le SRDC le plus fréquent : environ 1 personne sur 1 000 serait concernée au cours de sa vie.

L'**algodystrophie** se déclare généralement entre 1 et 3 mois après un traumatisme (accident ou chirurgie), parfois plus tôt ou plus tard, jusqu'à 6 mois. Elle peut aussi se manifester après une immobilisation prolongée, et aussi sans cause apparente. Une fracture complexe (poignet, cheville), suivie d'une longue immobilisation par un plâtre ou une attelle, cumule les conditions favorables à son apparition.

Elle survient préférentiellement entre 40 et 60 ans, davantage chez les femmes que chez les hommes.

Elle évolue classiquement en deux temps. D'abord une phase chaude avec les manifestations d'une inflammation aiguë (œdème local, rougeur, chaleur, douleur intense). Puis, une phase froide, dystrophique, qui devient chronique avec une raideur de la zone concernée, une atrophie cutanée, une déminéralisation osseuse, des difficultés motrices et une douleur fluctuante.

La douleur de type brûlante, lancinante, est surtout disproportionnée, par allodynie (provoquée par un stimulus non douloureux), ou hyperalgésie (amplification disproportionnée de la perception). Elle reste localisée dans la zone du traumatisme initial qui peut régulièrement changer d'aspect : couleur, température, gonflement, état de la peau.

Le mécanisme de l'algodystrophie est complexe. Les recherches de causalités directes ont échoué. Tout se passe comme si la zone touchée ne parvenait pas à se régénérer, et de vaines stratégies pour cela conduisent à une désorganisation locale qui cherche à se stabiliser.

Il y a ainsi un cumul d'inflammation, de troubles de la microcirculation, d'un remodelage osseux inadéquat, d'un dysfonctionnement marqué du système nerveux autonome qui amplifie les stimuli douloureux, et d'une sensibilisation périphérique et centrale à la douleur.

Le diagnostic a été formalisé avec les critères de Budapest (2004).

L'évolution est généralement favorable en 1 à 2 ans, avec persistance dans environ 20 % des cas d'un handicap fonctionnel qui perturbe la fonction motrice. La déminéralisation osseuse peut être importante.

La prévention en cas de fracture porte sur la qualité du vécu à la suite du traumatisme (comment le stress a été géré ?) et sur la mise en mouvement délicate et aussi précoce que possible. L'immobilisme prolongé ou la rééducation forcée sont des facteurs aggravants.

Lorsque l'algodystrophie est déclarée et diagnostiquée, la mise en place rapide d'un programme thérapeutique adapté est un facteur de bon pronostic.

Les 4 axes thérapeutiques en cas d'algodystrophie

Une fois l'algodystrophie déclarée, il n'y a plus de traitement causal possible, puisqu'elle n'est pas liée à une cause active, elle résulte d'un basculement dans une organisation dysfonctionnelle qui ne trouve pas de voie réparatrice. La guérison spontanée se fera tôt ou tard, avec ou sans séquelles.

L'objectif thérapeutique est donc d'accélérer ce processus en favorisant une réorganisation efficace, afin d'éviter les séquelles. Les moyens utilisés pour cela visent à exercer la mobilité, à avoir un mode de vie optimal d'un point de vue de santé (alimentation notamment), et à regarder l'avenir avec optimisme.

Programme thérapeutique pour l'algodystrophie

– Causalités : il est possible de cibler les causalités secondaires de la douleur avec une optimisation ergonomique favorisant la mobilité sans mouvement inadapté. Un traitement aux bisphosphonates est parfois proposé pour réduire la déminéralisation.

– Antalgie : il n'y a pas de traitement spécifique. Les médicaments antalgiques périphériques et les anti-inflammatoires ont des effets inconstants. Le recours à l'association antidépresseur/prégabaline ou aux opioïdes faibles (tramadol), ou à une électrothérapie (TENS) doit être évalué. Le recours à un bloc sympathique (injection d'un anesthésique local dans les ganglions) est un recours dans les situations les plus difficiles.

Les effets des traitements non médicamenteux (aromathérapie, DMSO, thermothérapie, soins énergétiques...) ne peuvent être connus qu'après avoir été expérimentés.

Dans tous les cas, la rééducation fonctionnelle, douce et progressive est prioritaire, idéalement avec un professionnel (kinésithérapeute).

– Psychologie : l'approche est celle de la douleur chronique en général. Elle est particulièrement importante dans ce contexte, notamment les bases de la thérapie ACT (acceptation et engagement) qui mettent dans les meilleures dispositions de guérison.

– Mode de vie : tout ce qui améliore la santé générale favorise le processus de guérison. Une nutrition optimisée vise à réduire l'inflammation et éviter les déficiences, avec si besoin une complémentation alimentaire (vitamine C, vitamines B, magnésium). La mobilité de la partie douloureuse, même avec la douleur, est essentielle.

1.2. Le zona

Le zona, également appelé herpès zoster, est une poussée infectieuse par réactivation du virus varicelle-zona (VZV) resté à l'état latent dans les ganglions nerveux après une varicelle³⁰.

Le risque augmente avec l'âge. En absence de déficit immunitaire, il survient après 50 ans, avec une fréquence qui augmente avec les années. Les récurrences ne concernent qu'environ 5 % des sujets.

³⁰ La capacité de rester à l'état latent et de se réactiver lors d'un affaiblissement immunitaire est commune aux 4 virus du groupe Herpès : HSV (Herpes Simplex Virus), VZV (Varicelle Zona Virus), CMV (Cyto-Megalo-Virus), EBV (Epstein Bar Virus).

INDEX

3 types de douleur 48

A

accessibilité des traitements 215
accompagnants 225
acétaminophène 69
acide acétylsalicylique 69
ACT 147
activité physique 175
acupression 128
acupuncture 128
adénomyose 284
adhésion au programme 200
aide sociale 171
aimants 129
AINS 77
ALAN GORDON 164
Alcock (syndrome) 279
alcool 106
algie vasculaire de la face 239
algodystrophie 232
alimentation 174
alimentation anti-inflammatoire 175
amitriptyline 74
antagonistes des opioïdes 72
antalgique/analgésique 67
anticipation 27
antidépresseurs IRSNA 74
antiépileptiques 76
anti-inflammatoires 77
antioxydants 175
antispasmodiques 78
appareil manducateur (douleur) 236
aromathérapie 86
artériopathie 296
artérite de Horton 240
arthralgies 245
arthrose 246
aspirine 69
atrophie intestinale 336
autohypnose 143
auto-soins 222

auto-soins énergétiques 130
axonopathie 323

B

balnéothérapie 172
barreurs de feu 124
Behcet (maladie de) 294
biographie 210
biorésonance 130
bloc sympathique 81
Buerger (maladie de) 294
buprénorphine 72

C

cadre d'existence 211
calculs rénaux 278
canal carpien 253
cancer 299
cannabidiol 104
cannabis 101
capsaïcine 76
capsulite rétractile 248
causalité primaire 217
causalité primaire et secondaire ... 168
causalité secondaire 220
CBD 104
céphalées 264
céphalées de tension 265
cervicalgies 244
chaleur 117
chanvre 101
charge glycémique 175
chiropraxie 56, 111
chirurgie 55, 107
chondroïtine sulfate 84
classification 30
classification des médicaments 67
codéine 72
cohérence 225
collagène 84
complément alimentaire 83
complexité systémique 26

comportement alimentaire	175
congestion pelvienne.....	296
contrôles inhibiteurs descendants...	24
contrôles inhibiteurs diffus.....	22
coordination des soins.....	201
corps vibratoire.....	124
cors	256
corticoïdes	77
costales (douleurs).....	287
costen (syndrome de).....	236
costochondrite	288
coup du lapin	245
cryothérapie	116
cures thermales	172
cycle menstruel.....	10
cyphose.....	244
cystite infectieuse.....	278
cystite interstitielle	262

D

De Quervain (maladie de).....	249
défusion cognitive	148
désafférentation	325
désensibilisation centrale	164
détente	177
diagnostic.....	46
diméthylsulfoxyde	98
diverticulite.....	291
DMSO.....	98
DN4	333
douleur (définition)	8, 26
douleur chronique	33
douleur faciale idiopathique.....	241
douleur fonctionnelle	257, 263
douleur pelvienne chronique	280, 281
douleurs dentaires.....	96
douleurs fantômes.....	271
douleurs insupportables	40
duloxétine.....	74
durable.....	197
dysménorrhée primaire	282

E

échelles d'évaluation	40
efficacité antalgique	199
EFT	131
électrostimulation transcutanée ...	119

électrothérapie	57, 118, 223
émotion et douleur	10
encéphalomyélite myalgique.....	259
endométriose.....	283
engagement	149
entourage humain	170
environnement naturel.....	184
épanouissement personnel	162
épicondylite latérale	249
épigénétique	173
épine calcanéenne	254
épine de Lenoir	254
ergonomie.....	169
ergothérapie	169
érythromélgie.....	254
évaluation de la douleur	38
évaluation psychosociale	50
exercices à domicile	113

F

facialgies	236
fasciite plantaire	254
fentanyl.....	72
fibre nerveuse	20
fibrome	286
fibromyalgie	258, 307
fonction de la douleur.....	17
FRANÇOIS ROUSTANG	136

G

gabapentine	75
gabapentinoïdes	75
gels eutectiques	116
gels hydratables	116
glucosamine	84
Gougerot-Sjögren (syndrome)	273
grossesse.....	301
guérison des maladies chroniques.	219
guérisseurs traditionnels.....	125

H

hallux valgus.....	255
hemicrania continua	240
hémicrânie paroxystique	240
herpès zoster	234
hexaflex.....	148
horloge biologique	185

huiles essentielles 86
 huiles végétales..... 94
 hypnoanalgésie 59, 137
 hypnose..... 134

I

IA générative 204
 IBS 260
 ibuprofène..... 70
 infiltrations..... 80
 inhibiteurs de la pompe à protons . 290
 innovations 2024-2025 45
 insensibilité à la douleur 8
 insuffisance veineuse 295
 intégratif..... 197
 interactions circulaires 28
 IPP 289
 ischémie mésentérique..... 297

J

JAMES BRAID 136
 JOHN SARNO..... 163

K

kétamine 75
 kinésiophobie 152
 kinésithérapie..... 55, 110

L

laserthérapie 123
 lemniscal (système)..... 20
 lidocaïne 76
 lithiase biliaire..... 291
 lithiase rénale..... 278
 lombalgie..... 318
 lombalgies 242
 lordose 244
 luminothérapie..... 130
 lupus érythémateux disséminé 273

M

MacGill-Melziack (questionnaire) .. 328
 magnétisme 129
 magnétothérapie 129
 mains (douleurs) 253
 maladie cœliaque..... 274
 maladie de Bekhterev 273

maladie de Crohn 273
 maladies auto-immunes 272
 maladies chroniques..... 213
 maladies rhumatismales..... 273
 maux de tête 264
 médecine traditionnelle chinoise .. 128
 médicaments 53
 méditation pleine conscience..... 150
 mémoire 27
 mésothérapie 81
 métatarsalgies 255
 méthadone 72
 microbiote intestinal 336
 migraine..... 266, 314
 millepertuis..... 85
 MILTON ERICKSON 136
 mode d'action des traitements 214
 mode de vie 168, 211, 224
 modulation de la douleur 24
 moelle épinière..... 22
 morphine 71
 MSM 84
 MTC. 128
 myalgies..... 250
 myofascial..... 251
 myorelaxants 78

N

nature 184
 néfopam 75
 neuropathies 231, 322
 neuropathique... 34, 47, 231, 321, 333
 neuroplastique 164
 névralgie d'Arnold 238
 névralgie du trijumeau 238
 névralgie post-herpétique, 235
 névralgie pudendale 278, 311
 névralgie sciatique..... 108
 névralgies crâniennes 236
 névralgies intercostales 287
 névrome de Morton 255
 névrome plantaire 255
 nocicepteur..... 19
 nociceptif..... 34, 46
 nociplastique 35, 47, 165, 257

O

objectif.....	155
olfactothérapie	97
oméga 3	175
opioïdes	71
orchialgie	280
orteils en marteau	256
orthopédie	170
ostéopathie.....	56, 111
ovaires polykystiques.....	286

P

pancréatite	292
paracétamol.....	69
parodontopathie.....	91
pathologies chroniques	213
pathologies fonctionnelles	218
pathologies organiques	218
perméabilité intestinale.....	336
persévérance	200
personnalité.....	209
personnalités	153
physiothérapie.....	111
phytothérapie.....	84
pieds (douleurs	254
placebo	188
plaisir	180
plexus cœliaque	287
PNL.....	154
points gâchettes	251
polyarthrite rhumatoïde	273
polymyalgie rhumatismale	273
polynévrite.....	323
post-traumatique (douleur).....	270
posturologie.....	56, 114
PPSID.....	194
prégabaline	75
produits de soins naturels .	54, 83, 222
programme personnalisé.....	194
projet de vie.....	211
prostatite	280
PRT	164
PSN.....	83
psychogène (douleur).....	36
psychologie existentielle.....	161
psychologie positive	161

psychosomatique	276
psychothérapie	146, 223
pubalgie	249
pubendal (névralgie).....	278

Q

qualificatifs des douleurs	14
questionnaires douleur.....	328

R

Raynaud (syndrome).....	297
réalité virtuelle.....	144
reconditionnement de la douleur..	164
rectocolite hémorragique	273
réfèrent médical	203
réfèrent relationnel.....	203
reflux gastro-œsophagien.....	288
régénération intestinale	336
règle des 3V	174
reiki	129
relations sociales.....	181
relaxation	179
résiniférotaxine.....	79
résistance au changement	187
RGO	289
rTMS.....	120

S

SADAM	236
sciatique	243
sclérose en plaques.....	274
scoliose	244
semelles proprioceptives	115
sensibilisation à la douleur.....	257
sensibilisation centrale	43, 334
sensibilité individuelle à la douleur..	38
sexualité	183
soleil.....	185
sommeil	177
sophrologie	136
souffrance (définition)	26
SPA	172
spinothalamique	20
spondylarthrite ankylosante	273
sprays réfrigérants	116
stéréotaxie	121
stratégie d'objectif.....	155

stress	177
stress et douleur	10
subjectivité cérébrale.....	9
suivi du programme	227
SUNA	240
SUNCT	240
suzétrigine.....	79
syndrome de fatigue chronique	259
syndrome de tension musculaire ...	163
syndrome du côlon irritable.....	260
syndrome fibromyalgique	258
syndrome myofascial	251
syndrome prémenstruel.....	283
synergie des solutions.....	200
systémique	196, 212

T

TCC	59, 159
tDCS.....	121
techniques hypnotiques.....	139
techniques thermiques	57, 116
technologie d'évaluation.....	44
temporo-mandibulaire (douleur) ...	237
tendinopathies	248
TENS	119
tension myositis syndrome	163
thér. cognitivo-comportem	59,159
thérapie ACT.....	60, 147
thérapie émotionnelle	60
thérapie énergétique	57
thérapie existentielle	60, 161
thérapie psychocorporelle	160
thérapies énergétiques	123
thérapies manuelles.....	110
thermothérapie.....	116
TMS	163
toucher (sensation tactile)	182

traitement antalgique	220
traitement causal	65
traitement cérébral de la douleur ...	23
traitement conservateur	64
traitement de fond	217
traitement interventionnel.....	64
traitement invasif	64
tramadol	72
trigger points	251
triptans	78
troubles musculo-squelett.	241, 252
troubles temporo-mandibulaires ..	236

U

ulcère digestif	289
urogénitales (douleurs)	278

V

vaginisme.....	282
valeurs	149
vasculaire (douleur).....	293
vasculites	294
vasectomie (syndrome post)	281
vécu global de la douleur	16
venlafaxine	74
vésication sous hypnose.....	37
vestibulodynie	282
vie sociale	181
vieillesse	11
vitamine D	185
vulvodynie	282

Y

yoga-thérapie	132
---------------------	-----

Z

zona,	234
-------------	-----