

# Douleur

## MONTPELLIER 2004

### 4<sup>e</sup> Congrès annuel de la SETD

Du 18 au 20 Novembre 2004



# Mémoires et douleurs Pratiques plurielles



**PROGRAMME  
FINAL**

## SOMMAIRE

■ Synopsis.....	p 2
■ Plan du Corum.....	p 3
■ Séances plénières.....	p 4
■ Actualités scientifiques.....	p 6
■ Forum Infirmier.....	p 7
■ Déjeuners-débats et Symposium satellites.....	p 8
■ GTS.....	p 10
■ Cours Supérieurs.....	p 14
■ Posters.....	p 16
■ Instructions aux auteurs.....	p 23
■ Informations Générales.....	p 24

## CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SETD

### Bureau :

Président :  
Paul PIONCHON (Clermont-Ferrand)

Vice-Présidents :  
Christine RICARD (Montpellier)  
et Éric SERRA (Amiens)

Secrétaire Général :  
Michel LANTERI-MINET (Nice)

Secrétaire Adjoint :  
Chantal WOOD (Paris)

Trésorier :  
Gérard MICK (Lyon)

Président d'Honneur :  
Ivan KRAKOWSKI (Vandœuvre Les Nancy)

### Conseil d'administration :

Élizabeth COLLIN (Paris)  
Eugénie CZORNY (Besançon)  
Jocelyne LE GALL (Rennes)  
Anne MARGOT-DUCLOT (Paris)  
Malou NAVEZ (Saint-Étienne)  
Guy SIMONNET (Bordeaux)

### COMITÉ LOCAL D'ORGANISATION

Claude BATIER (Castelnau Le Lez)  
Jean-Gabriel BECHIER (Nîmes)  
Dominique BLET (Carcassonne)  
Luc BRUN (Béziers)  
Laurent CHASSIGNOL (Privas)  
Josyane CHEVALIER (Montpellier)  
Pascal COLSON (Montpellier)  
Georgette DRAUSSIN (Nîmes)  
Éliane FERRAGUT (Montpellier)  
Marie-Christine GOLDSMITH (Montpellier)  
Didier KONG A SIOU (Montpellier)  
Claude MANN (Montpellier)  
Michèle MAURY (Montpellier)  
Josiane MAZENC (Montpellier)  
Dominique METADIER (Narbonne)  
Daniel MICHELUTTI (Millau)  
Christian NEGRE (Perpignan)  
Liliane PEJU (Alès)  
Christine RICARD (Montpellier)  
Michel RODIERE (Montpellier)  
Éric VIEL (Nîmes)

### COMITÉ SCIENTIFIQUE

Eugénie CZORNY (Besançon)  
Patrick GINIES (Montpellier)  
Bernard LAURENT (Saint-Étienne)  
Éric SERRA (Amiens)  
Guy SIMONNET (Bordeaux)

### SECRETARIAT ADMINISTRATIF DE LA SETD

Pascaline LAVALADE  
Hôpital Pasteur - Département Douleur  
30, avenue de la Voie Romaine  
BP 69 - 06002 NICE cedex 1  
Tél : +33 4 92 03 79 46  
Fax : +33 4 92 03 84 69  
sofradol@club-internet.fr

### SECRETARIAT DU CONGRÈS

Philippe BRÉGAINT et Hélène TAUSSIG-CHEGARAY  
Douleur 2004 / Colloquium  
12, rue de la Croix Faubin - 75011 PARIS  
Tél : +33 1 44 64 15 15  
Fax : +33 1 44 64 15 16  
douleur@colloquium.fr

# Bienvenue à Montpellier



Chers collègues et amis,

Si meliora dies, ut vina, poemata reddit, scire velim, chartis pretium quotus arroget. Scriptor abhinc annos centum qui decidit, inter perfectos veteresque referri debet an inter vilis atque novos. Excludat iurgia finis, est vetus atque probus, centum qui perficit annos. Quid, qui deperit minor uno mense vel anno, inter quos referendus erit? Veteresne poetas, an quos et praesens et postera.

Iste quidem veteres inter ponetur honeste, qui vel mense brevi vel toto est iunior anno. Utor permissio, caudaeque pilos ut equinae paulatim vello unum, demo etiam unum, dum cadat elusus ratione ruentis acervi, qui redit in fastos et virtutem aestimat annis miraturque nihil nisi quod Libitina sacravit.

Ennius et sapines et fortis et alter Homerus, ut critici dicunt, leviter curare videtur, quo promissa cadant et somnia Pythagorea. Naevius in manibus non est et mentibus haeret paene recens? Adeo sanctum est vetus omne poema. ambigitur quotiens, uter utro sit prior, aufert Pacuvius docti famam senis Accius alti, dicitur Afrani toga convenisse Menandro, Plautus ad exemplar Siculi properare Epicharmi, vincere Caecilius gravitate, Terentius arte.

Interdum volgus rectum videt, est ubi peccat. Si veteres ita miratur laudatque poetas, ut nihil anteferat, nihil illis comparet, errat. Si quaedam nimis antique, si peraque dure dicere credit eos, ignave multa fatetur, et sapit et mecum facit et lova iudicat aequo.

Non equidem insector delendave carmina Livi esse reor, memini quae plagosum mihi parvo Orbilium dictare; sed emendata videri pulchraque et exactis minimum distantia miror. Inter quae verbum emicuit si forte decorum, et si versus paulo concinnior unus et alter, iniuste totum ducit venditque poema. Iste quidem veteres inter ponetur honeste, qui vel mense brevi vel toto est iunior anno. Utor permissio, caudaeque pilos ut equinae paulatim vello unum, demo etiam unum, dum cadat elusus ratione ruentis acervi, qui redit in fastos et virtutem aestimat annis miraturque nihil nisi quod Libitina sacravit. Ennius et sapines et fortis et alter Homerus, ut critici dicunt, leviter curare videtur, quo promissa cadant et somnia Pythagorea. Naevius in manibus non est et mentibus haeret paene recens? Adeo sanctum est vetus omne poema. ambigitur quotiens, uter utro sit prior, aufert Pacuvius docti famam senis Accius alti, dicitur Afrani toga convenisse Hos ediscit et hos arto stipata theatro spectat Roma potens; habet hos numeratque poetas ad nostrum tempus. Interdum volgus rectum videt, est ubi peccat. Si veteres ita miratur laudatque poetas, ut nihil anteferat, nihil illis comparet, errat. Si quaedam nimis antique, si peraque dure dicere credit eos, ignave multa fatetur, et sapit et mecum facit et lova iudicat aequo.

Non equidem insector delendave carmina Livi esse reor, memini quae plagosum mihi parvo Orbilium dictare; sed emendata videri pulchraque et exactis minimum distantia miror. Inter quae verbum emicuit si forte decorum, et si versus paulo concinnior unus et alter, iniuste totum ducit venditque poema.

Très cordialement,

**Paul Pionchon**  
Président de la SETD

**Guy Simonnet**  
Comité Scientifique

**Christine Ricard**  
Comité Local d'Organisation

# Synopsis du congrès 2004

## JEUDI 18 NOVEMBRE

8h30	AMPHI BERLIOZ	
	Séance plénière Mémoires et douleurs Pratiques plurielles	
10h	Pause	
10h30	Séance plénière Mémoires et douleurs Pratiques plurielles	
12h20	AMPHI EINSTEIN	SALLE JOFFRE 1
	Déjeuner-débat sponsorisé par les laboratoires Janssen-Cilag	Déjeuner-débat sponsorisé par les laboratoires Grünenthal
14h	AMPHI BERLIOZ	
	Séance plénière Mémoires et douleurs Pratiques plurielles	
15h50	Pause	
16h20	AMPHI BERLIOZ	
	Table Ronde	
17h30	AMPHI BERLIOZ	SALLE JOFFRE 1
	Séance Recherche Interactivités recherches clinique et fondamentale	Symposium Satellite sponsorisé par la société Medtronic France
19h	AMPHI BERLIOZ	
	Conférence Publique	

## VENDREDI 19 NOVEMBRE

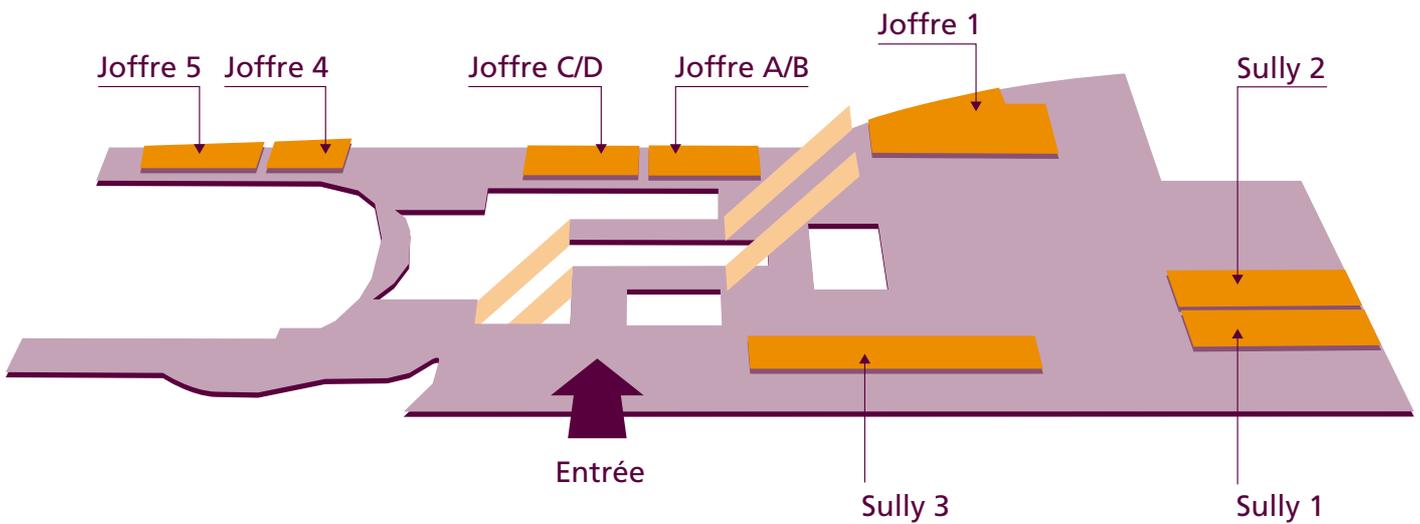
8h30	AMPHI BERLIOZ	AMPHI PASTEUR
	Actualités Scientifiques	Forum Infirmier
10h	Pause	
10h30	Actualités Scientifiques	Forum Infirmier
11h30	AMPHI BERLIOZ	
	Assemblée Générale	
13h	AMPHI EINSTEIN	SALLE JOFFRE 1
	Déjeuner-débat sponsorisé par le laboratoire Pfizer	Déjeuner-débat sponsorisé par le laboratoire Bristol-Myers Squibb
14h30	AMPHI PASTEUR	
	Remise des Prix Posters et des Bourses de recherche IUD/SETD et Laboratoires Janssen-Cilag/SETD	
15h15	AMPHI PASTEUR	
	Conférence Institut UPSA de la Douleur	
16h15	Pause	
16h30	GTS	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Céphalées et douleurs orofaciales</li> <li>• Douleur et Cancer / Techniques interventionnelles</li> <li>• Douleur et Éthique</li> <li>• Douleur et Évaluation</li> <li>• Douleur et Gériatrie</li> <li>• Douleur et Médecine générale</li> <li>• Douleurs neuropathiques</li> <li>• Douleur et Pédiatrie</li> <li>• Douleurs pelviennes</li> <li>• Douleur post-opératoire</li> <li>• Douleur et Psychologie</li> </ul>	
19h		
19h15	Soirée du Congrès Château du Pouget	

## SAMEDI 20 NOVEMBRE

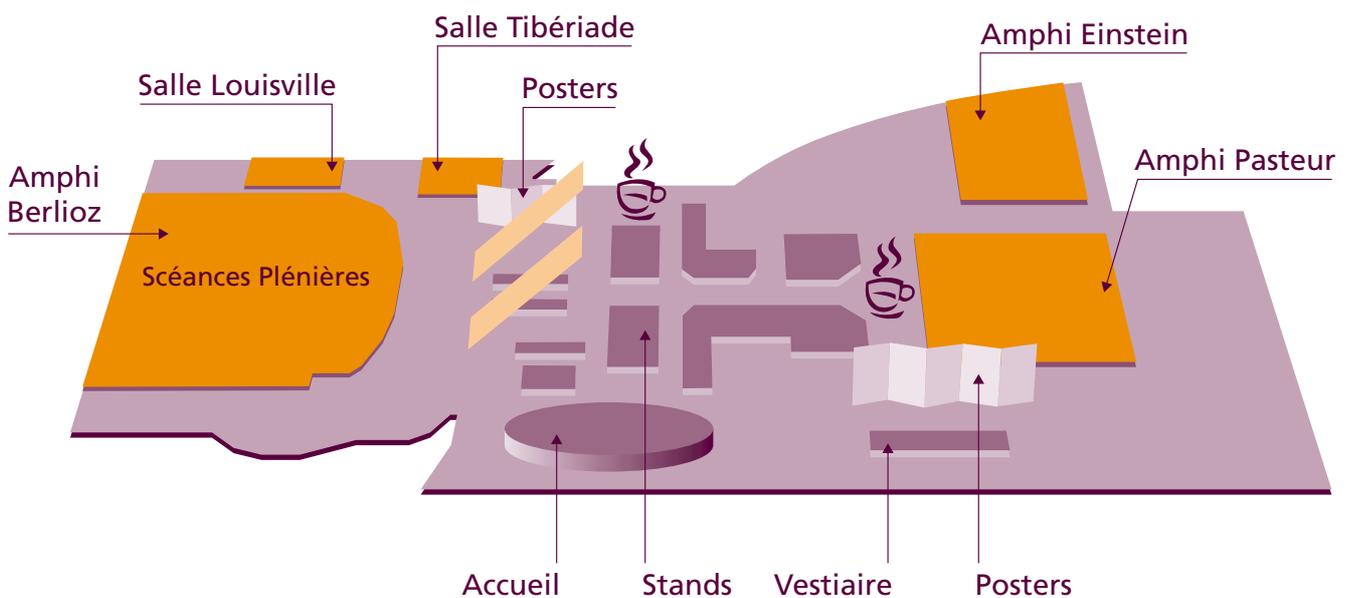
9h	AMPHI PASTEUR	AMPHI EINSTEIN
	Cours Supérieur 1 La douleur musculaire : de l'expérimentation à la pratique clinique	Cours Supérieur 2 Douleurs et modulations perceptives : vigilance, hypnose, sommeil, addiction
10h30	Pause	
11h	Cours Supérieur 1	Cours Supérieur 2
12h30	SALLE JOFFRE 1	
	Déjeuner-débat Usage des morphiniques dans les douleurs chroniques non cancéreuses	
14h	Cours Supérieur 1	Cours Supérieur 2
15h	Pause	
15h30	Cours Supérieur 1	Cours Supérieur 2
17h		

# Le Congrès Douleur 2004 au Palais Congrès Le Corum - Montpellier

## NIVEAU 1



## NIVEAU 0



Judi 18 novembre 2004 Matin

## Mémoires et douleurs Pratiques plurielles

Les codes indiqués dans la marge devant les titres de conférences correspondent à la référence du résumé de la communication publiée dans ce programme à partir de la page.

### Amphithéâtre Berlioz

08h30-08h45

#### Ouverture de la journée

Paul PIONCHON, Daniel ANNEQUIN et Danièle CULLET, chef de projet Douleur, Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées (Paris)

08h45-10h00

Présidents de séance : Robert JAFFARD, Éric SERRA

08h45-09h15 01

#### Mémoires et douleurs : des liens multiples

Bernard LAURENT, Neurologue, Professeur des Universités, CHU de Saint-Étienne (Saint-Étienne)

09h15-09h45 02

#### Mémoire traumatique et douleur : des morts comme auxiliaires thérapeutiques ?

Catherine GRANDSARD, Psychologue clinicienne, Université Paris 8 (Paris)

09h45-10h00

Discussion

10h00-10h30

Pause

10h30-12h20

Présidents de séance : Éliane FERRAGUT, Michel LE MOAL

10h30-11h00 03

#### Trace mnésique de la douleur dans le système limbique

Laure PAIN, Anesthésiste, ISERM 405 (Strasbourg)

11h00-11h30 04

#### Le membre fantôme douloureux, modèle de douleur mémoire. Nouvelles approches rééducatives et données d'imagerie

Pascal GIRAUX, Maître de Conférence, Praticien hospitalier en rééducation fonctionnelle (Saint-Étienne)

11h30-12h00 05

#### La douleur comme mémoire

Gabriel BURLLOUX, Psychanalyste, Responsable de la consultation anti-douleur de l'hôpital neurologique (Lyon)

12h00-12h20

Discussion



Jeudi 18 novembre 2004 Après-midi

# Mémoires et douleurs

## Pratiques plurielles

### Amphithéâtre Berlioz

- 14h00-15h50** Présidents de séance : Gérard CUNIN, Eugénie CZORNY
- 14h00-14h30 **06 Deuil et Douleur**  
Jean-François DAUBECH, Psychiatre (Bordeaux)
- 14h30-15h00 **07 Le langage de la douleur dans le chamanisme : réflexion anthropologique sur l'efficacité symbolique des cures magico-religieuses**  
Bertrand HELL, Professeur d'Anthropologie, Université de Franche-Comté, Centre d'Études Interdisciplinaires des Faits Religieux (Besançon)
- 15h00-15h30 **08 Evolution, mémoire et douleur : du normal au pathologique ? Nouvelles stratégies thérapeutiques**  
Guy SIMONNET, Neurobiologiste, Université Victor Ségalen, Bordeaux 2 (Bordeaux)
- 15h30-15h50 Discussion

**15h50-16h20** Pause

- 16h20-17h20** **Table Ronde**  
Modérateur : Paul PIONCHON  
Intervenants : Anne-Françoise ALLAZ, Psychiatre (Genève)  
Malou NAVEZ, Anesthésiste, CHU Saint-Étienne (Saint-Étienne)  
Jacques PELISSIER, Médecin de Médecine Physique (Nîmes)  
Jean-Baptiste THIEBAUT, Service de Neurochirurgie et Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Fondation Rothschild (Paris)
- Synthèse**  
**Mémoire et douleur : une question éthique**  
Jacques PELLET (Saint-Étienne)

### Amphithéâtre Berlioz

- 17h30-19h00** **Séance Recherche**  
**Interactivités recherches clinique et fondamentale**  
Organisateur : Radhouane DALLEL (Clermont-Ferrand)
- Introduction  
Un réseau recherche et douleur en France : enjeux et perspectives  
Radhouane DALLEL, INSERM E216, Neurobiologie de la Douleur Trigéminal, Faculté de Chirurgie Dentaire (Clermont-Ferrand)
- Un modèle d'interactivité : les douleurs neuropathiques**
- 09 Mécanismes physiopathologiques.** Frédéric NAGY, INSERM E358 (Bordeaux)
- 10 Approche psychopathologique de la douleur en clinique.** Didier BOUHASSIRA, Neurologue, CHU Ambroise Paré, INSERM E332, CETD (Boulogne-Billancourt)
- 11 Apport de l'électrophysiologie et de l'imagerie.** Luis GARCIA-LARREA, INSERM E342 (Lyon)

### Amphithéâtre Berlioz

- 19h00-20h00** **Conférence Publique**  
**Caractères originaux de l'École médicale de Montpellier : conception de la vie, de la sensibilité et de l'énergie – rapport à la douleur.**  
Jean-Pierre PETER, Directeur d'Études des Hautes Études en Sciences Sociales (Paris)

## Actualités scientifiques

Vendredi 19 novembre 2004 08h30 - 11h15

# Actualités Scientifiques

### Amphithéâtre Berlioz

Présidents de séance: François BOUREAU, Nadine MEMRAN, Patrice QUENEAU, Christine RICARD

- 08h30-08h45**      **Migraines et céphalées**  
Anne DONNET, Service de Neurochirurgie, CHU La Timone (Marseille)
- 08h45-09h00**      **Douleurs neuropathiques**  
Loïc RAMBAUD, Neurologue, Centre Hospitalier (Lyon)
- 09h00-09h15**      **Douleurs cancéreuses**  
Nicole VUILLEMIN, Médecin, CH de Mulhouse, Clinique de la Douleur (Mulhouse)
- 09h15-09h30**      **Douleurs post-opératoires. Douleurs aiguës**  
Claude MANN, Anesthésiste, CHU Hôpital Saint-Éloi (Montpellier)
- 09h30-09h45**      **Douleurs rhumatologiques**  
Philippe BERTIN, Rhumatologue, CHU Dupuytren (Limoges)
- 09h45-10h00**      **Douleurs et sciences fondamentales**  
Bernard CALVINO, Laboratoire de Neurobiologie, CNRS UMR 7637 (Paris)

**10h00-10h30**      Pause

- 10h30-10h45**      **Douleurs et pharmacologie**  
Claude DUBRAY, Faculté de Médecine, Laboratoire de Pharmacologie Médicale (Clermont-Ferrand)
- 10h45-11h00**      **Douleurs de l'enfant**  
Frédérique LASSAUGE, Anesthésiste, Hôpital Saint Jacques (Besançon)
- 11h00-11h15**      **Douleurs et psychiatrie et psychologie**  
Françoise RADAT, Psychiatre, CHRU Pellegrin-Tripode (Bordeaux)

### Amphithéâtre Pasteur



- 15h15-16h15**      IV<sup>ÈME</sup> CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE L'IUD,  
INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR  
**L'expérience douloureuse et sa modulation cognitive : apport de l'imagerie cérébrale fonctionnelle**  
Pierre RAINVILLE (Montréal, Canada)

## Forum Infirmier

Vendredi 19 novembre 2004 08h30 - 11h30

# La douleur dans tous ses états : pratiques plurielles des soignants

## Amphithéâtre Pasteur

Présidents de séance : Jean-Michel GAUTIER (Montpellier), Élisabeth GULDNER (Montpellier),  
Jocelyne LE GALL (Rennes)

**08h30-08h45**

### **Introduction**

Jocelyne LE GALL (Rennes)

**08h45-09h10**

### **Mise en place et pérennisation de la politique "douleur" dans un hôpital : quelle stratégie ?**

Bénédicte LOMBART, Pascale THIBAUT, Hôpital Trousseau (Paris)

**09h10-09h35**

### **Les infirmières dans la structure "douleur" : pratique de la neurostimulation transcutanée (indications, techniques, rôle de l'infirmière)**

Brigitte MANISSOL, Philippe NAYME, CHU de Saint-Étienne (Saint-Étienne)

**09h35-10h00**

### **L'hospitalisation à domicile : mise en place de l'analgésie autocontrôlée**

Florence GORD, Bénédicte FRANCILLARD, H.A.D (Lyon)

**10h00-10h30**

Pause

**10h30-10h50**

### **Le kinésithérapeute : une autre conception dans l'interdisciplinarité**

Karine LEROY-THELLIER, Clinique Mutualiste La Sagesse (Rennes)

**10h50-11h10**

### **La fonction psychothérapeutique du soin infirmier**

Chantal MIALON, Dominique PAYRE, Brigitte PANDRAUX,  
CHU de Saint-Étienne (Saint-Étienne)

**11h10-11h30**

### **L'approche non médicamenteuse de la douleur des personnes âgées atteintes de démence**

Véronique BLUM,  
Estelle TESNIERES-CHAMBON,  
Hôpital de Pontault-Combault  
(Pontault-Combault)



## Déjeuners-débats et Symposium satellites

Jeudi 18 novembre 2004

### Amphithéâtre Einstein

12h30-14h00

Déjeuner-débat sponsorisé par  
les laboratoires Janssen-Cilag



### Nouvelles modalités de prise en charge des accès douloureux dans le cancer

**Analyse sémiologique des accès douloureux du cancer**

François Bourreau, Saint Antoine (Paris)

**ADP : de l'analyse à la stratégie thérapeutique**

Philippe Poulain, Institut Gustave Roussy (Villejuif)

**Cas clinique d'un accès douloureux du cancer**

Jean-Bernard Caillet, Hôpital Louis Pradel (Lyon)

### Salle Joffre 1

12h30-14h00

Déjeuner-débat sponsorisé par  
les laboratoires Grünenthal



### Un antalgique à action multimodale : le bénéfique pour vos patients

Modérateur : Michel Lantéri-Minet, CHU de Nice, Nice

**L'action multimodale : le rationnel pharmacologique**

Jules Desmeules, Geneva University Hospital (Genève)

**L'approche rhumatologique : lombo-sciatique et arthrose**

O. Mejjad, CHU de Rouen (Rouen)

**Capsulite rétractile et entorse de genou opérée : 2 cas de médecine  
physique et de réadaptation**

Jacques-Yvon Pélissier, CHU de Nîmes (Nîmes)

**Douleur artérielle et fasciite : prise en charge en centre anti-douleur**

Jean-Michel Wattier, CHR Universitaire de Lille (Lille)

### Salle Joffre 1

17h30-19h00

Symposium sponsorisé par la société  
Medtronic France



**Medtronic**

### Place de la neurostimulation dans la prise en charge du SDRC

Vendredi 19 novembre 2004

## Amphithéâtre Einstein

13h00-14h30

Déjeuner-débat sponsorisé par  
le laboratoire Pfizer



**Prise en charge des douleurs neuropathiques  
en médecine de ville : résultats d'une enquête  
auprès de 4000 praticiens.**

## Salle Joffre 1

13h00-14h30

Déjeuner-débat sponsorisé par  
le laboratoire Bristol-Myers Squibb



**Patients cancéreux vulnérables et opioïdes :  
relation douleur et état général, nouvelles  
données sur l'hydromorphone.**



Vendredi 19 novembre 2004 16h30 - 19h00

## Groupes de Travail Spécifiques

Les 11 séances se tiennent en parallèle le vendredi après-midi.  
Nous vous remercions de bien vouloir vous inscrire à une seule session,  
en complétant le bulletin d'inscription.

Salle ...

### CEPHALEES ET DOULEURS OROFACIALES

*en partenariat avec le Collège National d'Occlusodontologie*

Organisateurs : Paul PIONCHON (Lyon)

Présidents de séance : Sandro PALLA (?), Bernard FLEITER (Paris),

**GTS01** **Prise en charge des myalgies orofaciales**

Céline BODERE, Alain WODA (Clermont-Ferrand)

**GTS02** **Thérapeutiques physiques dans la prise en charge des myalgies chroniques de l'appareil manducateur**

Michel H. STEENKS, A. DE WIJER (Utrecht, Pays-Bas)

**GTS03** **Douleur orofaciale et bruxisme**

Gilles LAVIGNE (Montréal, Canada)

Salle ...

### DOULEUR ET CANCER / TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES

Organisateurs : Bernard FERGANE (Besançon), Ivan KRAKOWSKI (Nancy)

**GTS04** **Collaboration inter-régionale pour le développement des Techniques interventionnelles en cancérologie**

Bernard FERGANE (Besançon), Ivan KRAKOWSKI (Vandoeuvre-lès-Nancy)

**GTS05** **Apport de l'ablathermie par radiofréquence dans la douleur et en situation palliative**

F. MARCHAL (Vandoeuvre-lès-Nancy)

**GTS06** **Cas Clinique Cancer ORL et Bloc analgésique**

D. BAYLOT, Malou NAVEZ, J. PASCAL, J.M. PRADES (Saint -Etienne)

**GTS07** **Les cimentoplasties pluri-focales**

F.G. BARRAL, O. PRETESEILLE, B. KASTLER, Bernard FERGANE (Saint-Etienne)

**GTS08** **Radiofréquence a visée antalgique dans les douleurs rebelles des tumeurs osseuses**

B. KASTLER, Z. BOULAHDOUR, E. RODIERE, F.G. BARRAL, Bernard FERGANE, D. MICHALAKIS, F. TIBERGIEN, B.I. KASTLER, H. BOULAHDOUR, R. AUBRY (Besançon)

Salle ...

### DOULEUR ET ETHIQUE

Organisateur : Jean-Claude FONDRAS (Bourges)

**GTS09** **Le consentement dans la recherche clinique et son évolution à travers les rédactions successives de la déclaration d'Helsinki**

Paulette FERLENDER, Bernadette LE NOUVEL, Frédéric BLOCH, Gabriel ABITBOL (Paris)

**GTS10** **Problèmes éthiques relatifs à la douleur en chirurgie vasculaire périphérique**

Oussama HAMDAN, Eric ZERBINI (Groupe éthique et douleur de la SETD)

**GTS11** **La douleur comme question à l'épistémologie et à la philosophie de l'esprit**

Jean-Claude FONDRAS (Bourges)

**GTS12** **Les représentations de la douleur et de son traitement chez les étudiants en médecine**

Alice TELLIER (Paris)

Salle ...

## DOULEUR ET EVALUATION

en partenariat avec le Collège National des Médecins de la Douleur (CNMD)

Organisateurs : Claude DUBRAY (Clermont-Ferrand), Patrick GINIES (Montpellier)

### GTS13 **PMSI – Tarification à l'activité – Nouvelle classification commune des actes médicaux Autres missions – pour la consultation et l'hospitalisation.**

Intervenants :

Pierre AUBAS (Montpellier), Marie-Pierre DERVAUX (Montpellier), Etienne LAJOUS (Toulouse),  
Rolland CASH (Paris), Gérard CUNIN (Paris)

Salle ...

## DOULEUR ET GERIATRIE

Organisateur : Gisèle PICKERING (Clermont-Ferrand)

### GTS14 **Douleur et démence chez le sujet âgé**

Gisèle PICKERING (Clermont-Ferrand)

### GTS15 **Proposition d'un protocole de prescription des antalgiques chez les sujets âgés fragiles**

Patrice RAT, Sylvie BONIN-GUILLAUME (Marseille)

### GTS16 **L'utilisation d'un pallier III chez la personne âgée : quel produit ? à quel moment ?**

M. AMILHAUD (Guéret)

### GTS17 **Le point sur Doloplus**

F. GAUQUELIN (Blois)

Salle ...

## DOULEUR ET MEDECINE GENERALE

Organisateur : Pierre TAJFEL (Versailles)

Modératrice : M.J. THEVENOT-PRUNIERES (Paris)

### GTS18 **Médecins généralistes, pharmaciens et médecins de la douleur, les attentes réciproques**

Intervenants :

**Point de vue du Médecin Généraliste**

... (Un Membre du Collège National des Généralistes Enseignants)

**Point de vue du pharmacien d'officine**

S. ROSEZWEIG (Paris)

**Point de vue du Médecin de la douleur**

J. BRUXELLE (CHU COCHIN Paris)

**Intégration de la prescription antalgique chez le sujet âgé  
en médecine Générale**

P. LEVEQUE (Cambrai)

Discussion : Propositions pour mieux répondre  
aux attentes de l'autre



Vendredi 19 novembre 2004

## Groupes de Travail Spécifiques (suite)

Salle ...

### DOULEURS NEUROPATHIQUES

Organisateurs : Haiel ALCHAAR (Nice), Michel LANTERI-MINET (Nice), Gérard MICK (Voiron)

#### **GTS19 Outils diagnostiques et évaluation clinique : de la recherche à la pratique quotidienne**

Intervenants :

Haiel ALCHAAR (Nice), Michel LANTERI-MINET (Nice), Gérard MICK (Voiron),  
Didier BOUHASSIRA (Boulogne-Billancourt)

Salle ...

### DOULEUR ET PEDIATRIE

Organisateurs : Christine RICARD (Montpellier), Daniel ANNEQUIN (Paris)

#### **GTS20 Etude NEOPAIN\* : devenir neurologique des nouveau-nés prématurés ventilés sous morphine**

Ricardo CARBAJAL (Paris)

\*NEurologic Outcomes and Pre-emptive Analgesia in Neonates

#### **GTS21 Migraine de l'enfant**

Daniel ANNEQUIN, Barbara TOURNIAIRE (Paris)

#### **GTS22 Douleurs persistantes et troubles somatoformes**

Christine RICARD (Montpellier)

Salle ...

### DOULEURS PELVIENNES

Organisateur : Christian BAUDE (Lyon)

**La douleur pelvienne chronique en 2004 : quel état des lieux ? Comment progresser ?**



Salle ...

## DOULEUR POST-OPERATOIRE 1

**Bilan annuel d'activité du groupe de travail 2 - Plan d'action 2005 3 - Conférence du Dr Guy Chédeau 4 - Discussion / table ronde**

Organisateurs : Erik VASSORT (Grenoble), Charles BOURDALLE-BADIE (Bordeaux)

### **Bilan annuel d'activité du groupe de travail :**

- Finalisation, réalisation et diffusion du CD d'autoévaluation et traitement de la douleur
- Finalisation et lancement de l'étude multicentrique sur la kétamine et la chronicisation de la douleur

### **Plan d'action 2005 du GTS-DPO**

#### **Conférence : Place de la sophrologie et de l'hypnose en péri-opératoire**

Guy CHEDEAU (Annemasse)

- Présentations, similitudes et différences
- Place en pré-opératoire
- Rôle, indications en analgésie post-opératoire
- Cadre psychologique pour le soignant et le soigné
- Formation des soignants
- Mise en œuvre et méthodologie

**Discussion / table ronde avec le conférencier et des membres du groupe de travail**

**Conclusion de la séance**

Salle ...

## DOULEUR ET PSYCHOLOGIE (Mémoires et douleurs)

Organisateurs : Mathieu DOUSSE (Paris)

### **GTS23 Intégration cognitive de la douleur**

Bernard LAURENT (Saint-Etienne)

#### **Présentation d'un cas clinique**

Sandrine MARTINS (Chamigny)

#### **Corps, mémoires et affects**

Eliane FERRAGUT (Montpellier)



## Cours supérieur n°1

Samedi 20 novembre 2004 09h00-17h00

# La douleur musculaire : de l'expérimentation à la pratique clinique

## Amphithéâtre Einstein

**Associations partenaires :**

- Société Française de Rhumatologie
- Association pour la Myologie
- Société Française de Médecine Interne
- Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation
- Collège National d'Occlusodontologie

Animateurs : Gérard MICK et Serge PERROT

**09h00-09h30** **Experimental muscle pain : towards a delineation of mechanisms of muscle pain.\***  
Sigfried MENSE, Anatomo-physiologiste (Heidelberg – Allemagne)

**09h30-09h45** Discussion

**09h45-10h15** **Peripheral and central components of muscular headpain.\***  
Messoud ASHINA, Neurologue (Copenhague – Danemark)

**10h15-10h30** Discussion

*\* Ces deux interventions seront en anglais. Une traduction consécutive sera assurée.*

**10h30-11h00** Pause

**11h00-11h20** **La contracture musculaire : de la douleur aiguë à la douleur chronique.**  
Jacques BERGEAU, Kinésithérapeute (Grenoble)

**11h20-11h30** Discussion

**11h30-11h50** **Les frontières physiopathologiques et cliniques du syndrome myofascial.**  
Gérard MICK, Neurologue (Voiron)

**11h50-12h00** Discussion

**12h00-12h20** **Reconnaître la douleur musculaire dans la pathologie neuro-musculaire : symptomatologie d'orientation, démarche étiologique, situations diagnostiques.**  
Philippe PETIOT, Neurologue (Lyon)

**12h20-12h30** Discussion

**12h30-14h00** Déjeuner\*\*

**14h00-14h20** **Où se cache la pathologie musculaire inflammatoire douloureuse ?**  
Patrick CHERIN, Interniste (Paris)

**14h20-14h30** Discussion

**14h30-14h50** **Douleurs musculaires et environnement : est-ce le temps, les médicaments, ou l'exercice ?**  
Serge PERROT, Rhumatologue (Paris)

**14h50-15h00** Discussion

**15h00-15h30** Pause

**15h30-15h50** **Prise en charge de la douleur musculaire en médecine physique et de réadaptation : que proposer aux patients douloureux et comment ?**  
Jacques PELISSIER, Médecin de Médecine Physique (Nîmes)

**15h50-16h00** Discussion

**16h00-16h20** **Mécanismes et symptômes des myalgies oro-faciales.**  
Céline BODERE, Occlusodontiste (Brest)

**16h20-16h30** Discussion

**16h30-17h00** Discussion générale

**Cours supérieur n°2**

Samedi 20 novembre 2004 09h00-17h00

**Douleurs et modulations perceptives :  
vigilance, hypnose, sommeil, addiction****Amphithéâtre Berlioz**

Animateurs : Paul PIONCHON, Chantal WOOD

<b>09h00-09h30</b>	<b>Les différents modes de percevoir</b> Édouard COLLOT (Paris)
<b>09h30-09h45</b>	Discussion
<b>09h45-10h15</b>	<b>Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience</b> Pierre RAINVILLE, Psychologue (Montréal - Canada)
<b>10h15-10h30</b>	Discussion
<b>10h30-11h00</b>	Pause
<b>11h00-11h30</b>	<b>Interactions douleur et sommeil</b> Gilles LAVIGNE (Montréal - Canada)
<b>11h30-11h45</b>	Discussion
<b>11h45-12h15</b>	<b>Douleurs musculo squelettiques, fibromyalgie et sommeil</b> Yves DAUVILLERS (Montpellier) Jacques TOUCHON (Montpellier)
<b>12h15-12h30</b>	Discussion
<b>12h30-14h00</b>	Déjeuner**
<b>14h00-14h30</b>	<b>Utilisation de l'hypnose pour la prise en charge de la douleur : le point de vue du médecin</b> Jean-Marc BENHAIEM, Médecin Généraliste (Boulogne-Billancourt)
<b>14h30-15h00</b>	<b>Apport pluriel de l'hypnose dans la plainte douloureuse : le point de vue du psychologue</b> Yves HALFON, Psychologue (Rouen)
<b>15h00-15h30</b>	Pause
<b>15h30-16h00</b>	<b>Douleurs et addiction</b> Yves EDEL (Paris)
<b>16h00-16h30</b>	<b>Toxicomanie versus chamanisme amazonien : souffrance psychique, états modifiés de conscience et quête de sens. Similitudes et divergences.</b> Jacques MABIT (Tarepoto - Pérou)
<b>16h30-17h00</b>	Discussion générale

**Salle Joffre 1****\*\* Déjeuner-débat** (Réservé aux membres de la SETD, sur inscription, nombre de place limité)**Recommandations d'usage des morphiniques dans les douleurs chroniques non cancéreuses**

Modérateur: Gérard CUNIN

En partenariat avec l'AFSSAPS et le CEDR

- **Recommandations en pratique quotidienne.** Véronique LAVERGNE, AFSSAPS
- **Recommandations de Limoges.** Richard TREVES, CEDR
- **Vers une étude longitudinale des effets des opioïdes au long cours.** Gérard CUNIN, SETD

Tous les posters sont affichés pendant les 3 jours du Congrès dans la zone d'exposition. Ils seront également publiés dans le supplément de la Revue "Douleurs, Evaluation – Diagnostic – Traitement".

La ville indiquée entre parenthèses correspond à la ville du 1er auteur de la communication

## Cas cliniques : Douleurs neuropathiques

- CC01** Trois cas de douleurs neuropathiques par lésion nerveuse tronculaire après prothèse totale de hanche  
F. Clère, V. Soriot, S. Thomas-Soriot, J. Leclerc, E. Serra (Amiens)
- CC02** Douleurs neuropathiques lombo-sacrées : le dos ou la prostate ?  
F. Clère, P. Soury (Angoulême)
- CC03** Douleurs chroniques associées au virus de l'hépatite C compliqué d'une cryoglobulinémie : à propos d'un cas  
I. Franco, F. Bailly, E. Fontanges, I. Franco (Lyon)

## Cas cliniques : Enfant

- CC04** Douleurs rebelles sous Cidofovir en pédiatrie  
P. Rohrlisch, F. Larosa, C. Bulabois, A. Langlais, E. Plouvier, J. Cahn, F. Lassauge, E. Deconinck (Besançon)

## Cas cliniques : Psychologie

- CC05** La mémoire d'un parcours et son influence sur la prise en charge  
I. Nègre, A. Bioy (Le Kremlin-Bicêtre)

## Travaux originaux : Assurance qualité

- T001** Mise en place et évaluation d'ateliers d'éducation pour la lombalgie en milieu thermal  
E. Coudeyre, C. Benaïm, J. Pélissier, V. Gremeaux, S. Poiradeau, C. Hérisson (Montpellier)

## Travaux originaux : Céphalées

- T002** Framig III : Enquête auprès de l'entourage du migraineux - Résultats  
M. Lantéri-Minet, C. Lucas, M. Chautard (Nice)
- T003** FRAMIG3 – Prise en charge des patients migraineux : l'importance de la première consultation  
C. Lucas, M. Lantéri-Minet, M. Chautard (Lille)
- T004** Utilisation de mélange (50%) oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) en traitement de crise de la migraine de l'enfant  
D. Annequin, A. Fontaine-Brichler, M. Apaloo, P. Cimerman, B. Tourniaire (Paris)
- T005** Relaxation et Céphalées  
B. Didelot, M. Batt, M. Reignier, P. Lonchamp (Nancy)
- T006** Effets bénéfiques de la relaxation dans des céphalées consécutives à un hématome intra cérébral  
C. Wright, D. Chirpaz, C. Pin, E. Gay (Annecy)

## Travaux originaux : Douleur et cancer

- T007** Rachianalgésie: Morphine en milligrammes!!!  
Y. Le Mapihan (Ermont)
- T008** Titration horaire : morphine LI et Durogésic\* modélisation de PCA; intérêt et faisabilité dans l'initialisation d'un traitement de palier 3  
J.B. Caillet, B. Mastroianni, P.J. Souquet (Bron)

## Travaux originaux : Douleur et urgence

- T009** Efficacité antalgique d'une association de paracétamol et de tramadol per os chez des patients admis aux urgences pour lésion traumatique  
A. Viallon, F. Robert, F. Crouzet, P. Guyomarch, O. Marjollet, J. Bertrand (Saint-Etienne)
- T010** Réduction sous MEOPA des fractures fermées déplacées du quart inférieur de l'avant bras en ambulatoire  
H. Hodaj, B. Vargas, A. Kaddour, J. Pellat, P. Merloz, J.P. Alibeu (Grenoble)
- T011** Utilisation du MEOPA dans les services d'urgences picards. Etude multicentrique prospective sur 2 mois  
O. Courtois, M. Mairesse, L. Douay, F. Clere, E. Serra, J. Leclerc (Montdidier)
- T012** Prise en charge de la douleur aiguë dans un service d'accueil des urgences : Intérêt de protocoles d'antalgie  
B. Mulcey, A. Viallon, M. Navez, J. Chaussinand (Saint-Etienne)

## Travaux originaux : Douleur liée aux soins

- T013** Utilisation du Mélange Equimoléculaire Oxygène Protoxyde d'Azote (MEOPA) pour les mobilisations articulaires douloureuses en rééducation  
M. Thomaso, C. Ricard, L. Boyer, M. Figeac, K. Patte (Palavas les Flots)
- T014** Soins dentaires sous sédation consciente au mélange oxygène - protoxyde d'azote (MEOPA) à l'hôpital Robert Debré  
J. De San Fulgencio, V. Roy, C. Maudier-Rocle, C. Wood (Paris)
- T015** Evaluation de la douleur liée aux actes de soin auprès des patients hospitalisés au CHU de Grenoble  
J.P. Vittoz, C. Guichard, M. Blanchin, H. Hodaj, J. Alibeu, P. Francois (Grenoble)
- T016** Protoxyde d'azote et soins somatiques en psychiatrie  
S. Jules-Etienne, S. Chopineau, F. Mehareb, K. Dahane, A. Kinduelo, S. Valero, W. Cabaret, D. Saravane, M. Hilal (Neuilly sur Marne)
- T017** Placement au niveau abdominal de ports sous-cutanés reliés à un cathéter intrathécal pour administration d'antalgiques au long cours  
B. Le Polain de Waroux, E. Malin (Bruxelles, Belgique)
- T018** Etude de la douleur au cours de la mesure de la glycémie capillaire à l'hôpital chez les enfants diabétiques  
S. Micard, V. Robin, C. Wood, C. Alberti, D. Combeau, M. Castanet, J. Mercier, N. Tubiana-Rufi (Paris)

## Travaux originaux : Douleurs neuropathiques

- T019** Développement et validation d'un outil d'aide au diagnostic des douleurs neuropathiques  
D. Bouhassira, F. Groupe D'experts Douleurs Neuropathiques, N. Attal, H. Alchaar, F. Boureau, B. Brochet, J. Bruxelles, G. Cunin, J. Fermanian, P. Ginies, A. Grun-overdyking, H. Jafari-Schlupe, M. Lantéri-Minet, B. Laurent, G. Mick, A. Serrie, D. Valade, E. Vicaut (Boulogne-Billancourt)
- T020** Douleur et névrome d'amputation : contribution de la stimulation magnétique transcrânienne à la démarche diagnostique et thérapeutique  
J. Paysant, N. Martinet, J.M. Beis, F. Dap, J.M. André (Nancy)
- T021** Efficacité d'une stratégie thérapeutique dans les douleurs neuropathiques périphériques : valproate de sodium en intraveineux avec relais par voie orale versus placebo. Descriptions préliminaires de la population et de ses aspects émotionnels  
M. Lafittau, M. Sibrac, G. Lemasson, B. Brochet, V. Dousset (Bordeaux)
- T022** Efficacité de la kétamine dans les douleurs neuropathiques périphériques  
A. Lauwers, M. Cancade, D. Baylot, M.L. Navez (Saint-Etienne)

## Travaux originaux : Enfant

- T023** Réduction aux urgences de fractures chez l'enfant avec une association antalgiques et mélange équimoléculaire de protoxyde d'azote (MEOPA)  
F. Fitoussi, V.E. Lvovschi, C. Wood, G.F. Penneçot (Paris)
- T024** L'expression de la douleur chez deux enfants atteints de polyarthrite juvénile  
M. Zabalía, D. Jacquet, C. Wood, C. Thiberge (Caen)
- T025** Réflexothérapie manuelle : effets sur la douleur et le stress chez les prématurés hospitalisés en soins intensifs  
H. Wardavoire, E. Damis, G. Mury (Bruxelles, Belgique)
- T026** Kinésithérapie Précoce et Douleur  
D. Lopes, D. Marteil, C. Wood, D. Lopes (Paris)

## Travaux originaux : Ethique-philo et sciences humaines

- T027** Les philosophes grecs et la douleur  
F. Lorin (Montpellier)
- T028** Evaluation de la dimension sociale de la douleur chronique par un questionnaire spécifique  
C. Baude, S. Pittie (Lyon)
- T029** Place de la Sociologie dans la prise en charge des douleurs chroniques  
J. Autret, N. Mimassi, F. Marchand, D. Baron, J. Autret (Brest)

## Travaux originaux : Gériatrie

- T030** Enquête sur la prévalence de la douleur dans un hôpital de gériatrie, un jour donné  
D. Lhuillery, C. Jean-Ailleret, E. Ruel, M. Cerioli, O. Parent de Curzon (Paris)
- T031** Stroop émotionnel et douleur chronique. Application chez le patient dément. Etude préliminaire  
T. Joiris, J. Silvello, G. Charlier, G. Rapagnani, P. Roger, G. Vallem (Liège, Belgique)

## Travaux originaux : Psychologie

- T032** Anxiété pré-opératoire et analgésie contrôlée par le patient en période post-opératoire  
M. Batt, C. Cornet (Nancy)
- T033** Expression de douleurs passées chez des enfants et adolescents déficients intellectuels : effet de l'expérience sociale  
M. Zabalía, C. Wood (Caen)
- T034** Approche de la personnalité des fibromyalgiques  
D. Baron, N. Mimassi, P. Bertram, Y. Laurent, F. Marchand, J. Autret (Trevou Treguignec)
- T035** Etude prospective sur les violences physiques, sexuelles et psychosociales graves subies dans l'enfance chez les patients douloureux chroniques hospitalisés en centre de traitement de la douleur (48 patients)  
J. Bosviel, P. Ginies (Montpellier)
- T036** Données psychologiques des patients suivis pour céphalées par abus médicamenteux  
M. Fumex, A. Perrin, C. Creach', M. Navez (St Etienne)

## Travaux originaux : Recherche pré-clinique

- T037** Evaluation, sur un modèle d'hyperalgie expérimentale, de l'effet antalgique d'une association ibuprofène/menthol en application topique  
C. Chassaing, C. Dubray (Clermont-Ferrand)
- T038** Exploration psychophysique du phénomène de douleur paradoxale (« illusion de douleur ») produite par une « grille thermique »  
D. Kern, E. Pelle Lancien, D. Bouhassira (Toulouse)
- T039** Douleur et Anticipation : une même matrice d'activation ? Etude en IRMf  
C. Créac'h, I. Faillenot, J. Vinson, P. Convers, F. Schneider, B. Laurent, L. Garcia-Larrea, R. Peyron (Lyon et Saint-Etienne)
- T040** Evaluation comportementale de la neuropathie douloureuse induite par l'oxaliplatine chez le rat Sprague-Dawley  
B. Ling, N. Authier, A. Eschalier, F. Coudore (Clermont-Ferrand)

## Travaux originaux : Rhumatologie

- T041** Qualité du sommeil et lombalgie chronique  
M. Marty, S. Rozenberg, B. Duplan, T. Thomas, B. Duquesnoy, F. Allaert, S. Section Rachis de la Société Française de Rhumato (Aix Les Bains)
- T042** Essai contrôlé en double insu contre placebo de l'efficacité antalgique de la lidocaïne injectable à 2% en perfusion sous-cutanée lente dans le soulagement des patients lomboradiculalgiques  
E. Morival (Montpellier)
- T043** Peurs et croyances de patients souffrant de lombalgie commune aiguë vis à vis de l'activité physique  
E. Coudeyre, F. Coriat, J. Pélissier, S. Brin, F. Rannou, S. Poiradeau (Montpellier)
- T044** La prise en charge thérapeutique de la lombalgie commune par les médecins généralistes est influencée par l'importance de leurs peurs et croyances  
E. Coudeyre, F. Coriat, J. Pélissier, S. Brin, F. Rannou, S. Poiradeau (Montpellier)
- T045** Comparaison des profils de 156 lombalgiques chroniques entre 2 structures de prise en charge (Centre de Traitement de la Douleur et Centre de Réadaptation Fonctionnelle)  
P. Nayme, N. Senot, P. Calmels, G. Leblay, B. Biot, P. Le Mardeley, P. Duvias, E. Chaleat-Valayer (Saint-Etienne)

## Travaux originaux : Autres

- T046** La Cryothérapie Corps Entier à - 110° : une ouverture sur de nouvelles perspectives dans le domaine de la médecine et traumatologie du sport ?  
L. Savalli, P. Trouvé, P. Puig, P. Lamaignere (Capbreton)
- T047** Quels liens existent-il entre douleur, anorexie et amaigrissement des patients atteints de SIDA?  
S.G.C. Laurent, J. Jobert, J.P. Alibeu, O.J.A. Augusto, A. Serrie, J. Meynadier (Maputo, Mozambique)
- T048** Intérêt de la kétamine dans le syndrome douloureux régional complexe type 1  
M. Sorel, H. Dwidar, A. Domec, M. Fallut, N. Zrek, V. Plassard, A. Khodja, P. Baud (Nemours)
- T049** Efficacité comparative de l'infiltration par voie latérale de C1-C2 et de la thermolyse de C2 chez 27 patients porteurs de névralgie d'Arnold rebelle  
J. Nizard, S. Raoul, L. Abgrall, Y. Meas, G. Potel, Y. Lajat (Nantes)
- T050** La qualité des sites internet francophones concernant la lombalgie commune est-elle adaptée aux attentes des patients ?  
V. Gremeaux, E. Coudeyre, J. Pélissier, C. Hérisson, C. Benaïm (Montpellier)
- T051** Comparaison du bloc nerveux périphérique continu vs placebo chez l'enfant après chirurgie orthopédique majeure du membre inférieur  
F. Lacroix, V. Meyrieux, J. Camboulives, O. Paut (Marseille)

## Expérience professionnelle : Evaluation

- EP01** Evaluation du respect des protocoles d'analgésie postopératoire en chirurgie orthopédique dans un CHU  
C. Bodilis, N. Commun, C. Cornet, M. Heck, M. Labrude (Nancy)
- EP02** La douleur en rhumatologie libérale : une étude un jour donné incluant 209 rhumatologues et 3324 patients  
P. Bertin, E. Maheu, R. Javier, S. Perrot, J. Glowinski, O. Mejjad, R. Trèves (Limoges)
- EP03** Evaluation de la prise en charge de la douleur au CHU de Toulouse en 2003  
G. Lopez (Vieilleville)
- EP04** Prise en charge de la douleur dans un centre de rééducation  
M. Genty (Ste Adresse)
- EP05** PainMatcher: Bilan d'un an d'utilisation clinique  
T. Binoche, J.L. Caravias, M. Ortiz, J.M. Desmots (Paris)
- EP06** Evaluation de la douleur et satisfaction des soins dans un centre de la douleur : une comparaison patients/médecins  
N. Damon-Lacoste, A. Grando, E. Magne, M.L. Navez, A.S. Granat, L. Chazot, J. Pellet, F. Lang (Saint-Etienne)
- EP07** Auto évaluation de la douleur chez l'enfant. Utilisation de l'"Echelle des Visages" sur Ordinateur de Poche (PDA) palmOne  
S. Falinower, P. Martret, B. Lombart, D. Krause, D. Annequin (Levallois)
- EP08** Attitudes, comportements et perceptions des professionnels de santé et des patients vis-à-vis de la prise en charge de la douleur en service hospitalier  
F. Grimaud, S. Tardieu, S. Gentile, J.J. Bezelgues, P. Rat, Y. Frances, D. Poitout, R. Sambuc (Marseille)
- EP09** L'Echelle Visuelle Electronique est-elle envisageable en douleur post opératoire ?  
K. Delanoue-BenM'barek, T. Galas, M.L. Gilbert, C. Roche-Tissot, F. Vallée, A. Villaceque, M. Olivier, K. Samii (Toulouse)
- EP10** Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique par les médecins généralistes des secteurs sanitaires de Calais - St Omer et Boulogne - Montreuil  
B. Veys, O. Melnyk, F. Vertrez, H. Grosbety, C. Boisselier, P. Armignies, S. Blond (Berck-sur-Mer)
- EP11** Projet pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur dans un service court séjour de 41 lits  
B. Planchet Barraud, I. Russ (Marseille)
- EP12** Bilan clinique avant morphine en gériatrie  
A. Petrognani, J. Gomas, M. Denis, F. Knorreck (Paris)
- EP13** Enquête de satisfaction et d'adhésion au traitement par neurostimulation transcutanée (NST)  
B. Lietar, B. Manissol, C. Miallon, P. Nayme (Saint-Étienne)
- EP14** Enquête sur les prescriptions d'opioïdes des patients hospitalisés aux Etablissements Hospitaliers du Bessin  
E. Peronne, S. Boisnier, L.E. Tiengou, D. Lemoine, C. Delorme (Bayeux)
- EP15** Etude de la prise en charge de la douleur iatrogène en odontologie conservatrice et en chirurgie buccale au CSERD de Nantes  
A. Jean, D. Maquignon, L. Moret, S. Kimakhe, J. Nizard (Nantes)

## Expérience professionnelle : Formation

- EP16** Etude clinique de l'impact d'une formation à la prise en charge de la douleur en médecine générale sur l'évolution de la douleur de patients souffrant d'arthrose des membres inférieurs  
O. Chassany, F. Boureau, F. Liard, P. Bertin, A. Serrie, S. Marchand, K. Keddad, I. Jolivet-Landreau (Paris)
- EP17** Evolution de la consommation des antalgiques morphiniques dans un SMUR  
K. Milojevic, P. Fourniès, C. Broche, X. Jourdain, J. Cléro, J.M. Caussanel, F. Boutot, Y. Lambert (Le Chesnay)
- EP18** Evaluation de la douleur chronique chez le donneur de rein vivant après néphrectomie  
I. Franco, C. Pouteil-Noble, M. Devonec, I. Franco (Lyon)
- EP19** Réseau Régional Douleur en Basse-Normandie (RRDBN): PHARE : Projet d'Harmonisation de l'Antalgie en Réanimation - Prise en charge des douleurs provoquées par les soins dans 7 services de Réanimation Polyvalente en Basse-Normandie  
A. Merouani, P. Renault, C. Brault, M. Bazin, M. Gonzalez, P. Thibon, C. Delorme (Alençon-Mamers)
- EP20** Que pense le personnel de la prise en charge de la douleur cinq ans après la création du CLUD?  
A. Hammami, C. Collin, M. Boussac, M. Latroche, I. Pipien, A. Hammami (Saint Cloud)
- EP21** Harmonisation de la formation douleur dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers de Basse Normandie  
A. Le Chevalier, P. Renault, N. Roux, C. Thiberge, M. Guerin, G. Garrigoux, C. Delorme, B. Bouchaillou (Bayeux)
- EP22** Evaluation de la prise en charge de la douleur au Centre Hospitalier d'Annecy par le CLUD : Objectifs, mise en oeuvre, résultats, intérêts  
J. Jund, C. Pin, B. Lebas, L. Chevaleyre, D. Chirpaz-Renard (Annecy)
- EP23** Prise en charge de la douleur au CHU de Toulouse : les patients répondent  
K. Delanoue-BenM'barek, M. Chassaingne, E. Arseguet, J. Lamonzie, M. Quintard, F. Gadrat, T. Parayre, M. Olivier (Toulouse)
- EP24** Actes douloureux en dermatologie  
A. Vinsonneau, G. Lozano-Chevallier, A. Cahana, E. Van Gessel (Genève, Suisse)
- EP25** Implantation d'un projet de prise en charge de la douleur post-opératoire aux Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles  
V. Trouveroy, F. Singelyn, B. Le Polain de Waroux (Bruxelles, Belgique)

## Expérience professionnelle : Organisation

- EP26** Unités douleur, unités mobiles de soins palliatifs, équipes de soins de support : un comparatif  
A. Bioy, H. Brocq, I. Nègre (Le Kremlin-Bicêtre)
- EP27** Similitudes et différences de pratiques dans le domaine de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs ; exemple de la fédération Douleur Soins palliatifs du CHU de Besançon  
F. Tiberghien-Chatelain, B. Fergane, C. Besset, E. Battit, R. Aubry (Besançon)
- EP28** Création du Réseau Douleur en Sarthe  
R. Duclos (Le Mans)
- EP29** Ouverture du réseau inter hospitalier douleur vers la médecine libérale : évaluation des pratiques et des besoins des médecins libéraux Bas-Normands  
N. Nabet, C. Delorme, L. Desfaudais, G. Lerouvillois, N. Boyer (Caen)
- EP30** Participation de l'infirmière douleur aux transmissions dans les unités de soins : Une action innovante  
C. Bisson, E. Faguais, C. Delorme (Bayeux)
- EP31** Consultation départementale de prise en charge de la douleur chronique : bilan de 3 ans d'activité  
L. David, T. Godet (Tarbes)
- EP32** Utilisation du mélange Protoxyde d'azote 50 %/ Oxygène 50% au cours des gestes invasifs  
N. Rosso, L. Geoffrois, I. Krakowski, O. LARGERON, M. Kemp (Vandoeuvre)
- EP33** Dotation Régionale de Développement des réseaux (DNDR). Exemple du financement du réseau Douleur Franche Comté (FC)  
F. Tiberghien, B. Fergane, L. Balp, A. Girod, E. Lallier, C. Vacelet, J. Schoch, J.L. Delacourt, A. Force (Besançon)
- EP34** Réseau Douleur Franche Comté. Bilan après 6 années d'existence  
B. Fergane, A. Girod (Besançon)
- EP35** Utilisation de la musicothérapie dans la prise en charge de la douleur. Un exemple d'utilisation de la méthode en « U »  
S. Guétin, J.P. Blayac, P. Giniès, J.J. Eledjam (Montpellier)
- EP36** Expérience de l'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs dans le service de rhumatologie du CHRU de Lille  
B. Fasquelle Duquesnoy, P. Phillipe, F.X. Desrousseaux, A. Bera Louville, B. Duquesnoy (Lille)
- EP37** Difficulté à autonomiser certains services à l'utilisation du MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote) dans un hôpital périphérique  
M.C. Urrutia (Bayonne)

## Expérience professionnelle : Qualité de vie

- EP38** Analyse des facteurs psychosociaux des difficultés d'observance du traitement par les douloureux chroniques  
F. Marchand, N. Mimassi, J. Autret, D. Baron (Brest)

## Expérience professionnelle : Techniques thérapeutiques

- EP39** latrogénie et mémoire : des mots et des diagnostics qui marquent  
A. Bioy, I. Nègre, A. Bioy (Le Kremlin-Bicêtre)
- EP40** Une technique de musicothérapie : la méthode en U  
S. Guetin, P. Ginies (Montpellier)
- EP41** La mise en place d'un programme de réhabilitation multimodale en chirurgie digestive  
C. Gervais, N. Fournival, B. Rives, V. Barrière (Suresnes)

## Instructions aux auteurs

### TOUTES LES SALLES SONT ÉQUIPÉES POUR UNE PROJECTION ASSISTÉE PAR ORDINATEUR

---

- votre ordinateur portable n'est pas autorisé dans les salles
- il n'y a pas de projection de diapositives, ni vidéo VHS ou Béta
- tous vos documents doivent être formatés pour PC
- Si la version que vous avez adressée au Secrétariat Douleur 2004 C/o Colloquium avant la manifestation est provisoire, merci de vous présenter en pré-projection muni d'une disquette, d'un ZIP ou d'un CD-Rom la demi journée qui précède votre intervention ou dès 7h30 pour les orateurs de la séance plénière du jeudi matin. Vous pourrez ainsi, si vous le souhaitez, effectuer quelques corrections sur la présentation que vous nous aurez envoyée par avance.

### SUPPORTS AUTORISÉS (FORMATÉS PC)

---

- disquette 3"1/2
- CD-Rom
- ZIP 100 ou 250 mégas
- Disque dur externe USB

### LOGICIELS AUTORISÉS

---

- Présentations : format PowerPoint (97, 98 ou 2000, 2001 ou format XP-2002)
- Images : formats jpg, .gif, .tif, ou .bmp (format .pict non accepté)
- Fichiers vidéo intégrés à votre présentation : formats .mpg, .mpeg, .avi (formats mov –quicktime – non acceptés – merci de convertir votre fichier au format avi).
- Les nouveaux formats DIVX (6 et supérieur) ne sont pas autorisés.
- N'oubliez pas de joindre votre fichier vidéo en plus de votre présentation PowerPoint

### SALLE DE PRÉ-PROJECTION

---

- Elle est située à côté de l'accueil du Congrès – Niveau 0 du Corum

#### Heures d'ouverture :

Jeudi 18 novembre : 7h30 – 18h30

Vendredi 19 novembre : 8h00 – 18h00

Samedi 20 novembre : 8h30 – 17h00



## ACCÈS AU PALAIS DES CONGRÈS LE CORUM

### Adresse :

Esplanade Charles de Gaulle  
34000 Montpellier

■ **Aéroport** : 8 km du Corum - Navette toutes les 15 mn (20 mn de trajet) - Taxi : 15 mn de trajet (environ 20 € la course jusqu'au Corum)

■ **Tram** : station Corum (quai direction Mosson)

■ **Gare TGV** : 10 mn à pied, 5 mn en Tram

### Parkings :

Parking du CORUM (sous le Palais des Congrès)  
Parking JOFFRE (à 100 m du Palais des Congrès)  
Parking de la Comédie (à 300 m du Palais des Congrès).

## ACCUEIL SUR PLACE

■ L'accueil se situe au niveau 0 du Corum.

Horaires d'ouverture :

Jeudi 18 novembre de 7 h 30 à 18h00

Vendredi 19 novembre de 8 h 00 à 19h00

Samedi 20 novembre de 8h30 à 17h00

## ASSEMBLÉE GÉNÉRALE - CONVOCATION

■ L'Assemblée Générale de la SETD se tiend le vendredi 19 novembre 2004 à 11h30 dans l'Amphithéâtre BERLIOZ (niveau 0) du Corum (Esplanade Charles de Gaulle - 34000 Montpellier). Seuls les membres de la SETD, à jour de leur cotisation 2004, auront accès à la salle.

## BADGES ET CONTRÔLE D'ACCÈS

■ Le port du badge est obligatoire dans l'enceinte du Palais des Congrès Le Corum.

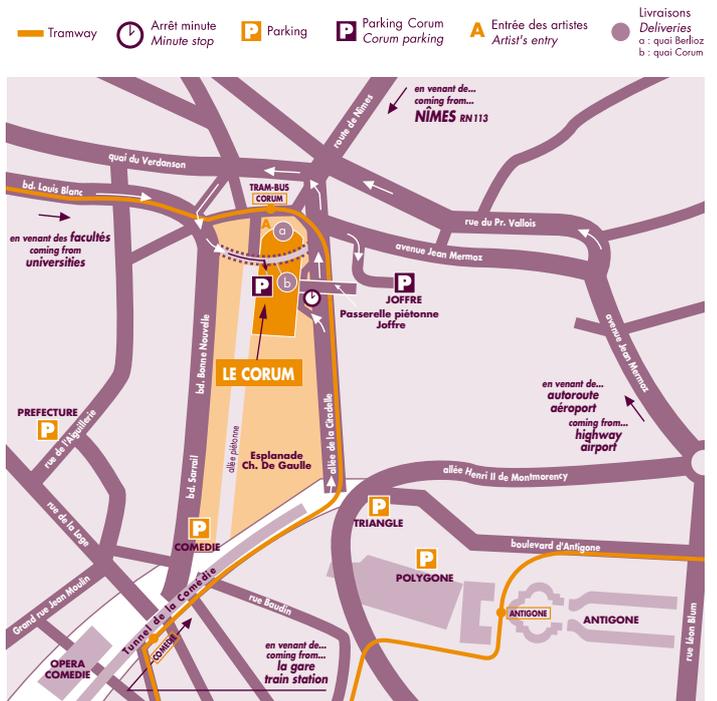
Badges	Violet	Membre SETD
	Vert	Non membre
	Jaune	Infirmière, Kinésithérapeute, Psychologue
	Blanc	Exposant
	Rouge	Organisation

■ Pour les sessions GTS du vendredi 19 novembre après-midi, merci de remettre aux hôtesse votre carton d'identification complété en sortant de la session.

■ Pour les Cours Supérieurs du samedi 20 novembre, il est indispensable de présenter votre carton de contrôle à l'entrée de la salle, afin de pouvoir retirer le livre du Cours.

## COMMENT ADHÉRER A LA SETD ?

■ Le bulletin d'adhésion est à demander au Secrétariat Administratif de la SETD ou sur le stand de la SETD pendant le congrès. Les demandes d'adhésion sont nominatives. Il est obligatoire d'être parrainé par deux membres titulaires. Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter Pascaline LAVALADE au Secrétariat Administratif de la SETD :  
Tél : 33 4 92 03 79 46, fax : 33 4 92 03 84 69, e-mail : [sofradol@club-internet.fr](mailto:sofradol@club-internet.fr)



## DATES ET LIEUX

■ Le Congrès Douleur Montpellier 2004, 4<sup>ème</sup> Congrès annuel de la SETD, Société d'Etude et de Traitement de la Douleur, Chapitre français de l'IASP, se tiendra les jeudi 18, vendredi 19 et samedi 20 novembre 2004 au Corum de Montpellier.

## HÉBERGEMENT

■ Vous trouverez ci-dessous les coordonnées des hôtels officiels du congrès :

Plan	Hôtel	Catégorie	Adresse	Tél	Tarif Single / Double
1	Hotel Sofitel Antigone	4*			157 € / 158 €
2	Hotel Holiday Inn	4*			152 € / 153 €
3	New Hotel du Midi	3*			92 € / 103 €
4	Le Guilhem	3*			standard 83 € / 84 € medium 111 € / 112 €
5	Mercure Centre	3*			97 € / 118 €
6	Royal Hotel	2*			75 € / 82 €
7	Ibis Centre	2*			semaine 63 € / 64 € week-end (vend, sam, dim) 52 € / 53 €
8	Ibis comédie	2*			semaine 68 € / 69 € week-end (vend, sam, dim) 57 € / 58 €



## MESSAGES

- Pendant la durée du Congrès, des messages peuvent être reçus au numéro suivant :  
04.67...  
Les messages sont à retirer sur les panneaux « Messages » situés dans la zone d'accueil (niveau 0).

## NUMÉRO DE FORMATEUR DE LA SETD

- Le numéro de formateur de la SETD est le 117 535 861 75. Les montants des droits d'inscriptions peuvent être imputés sur les budgets de formation des entreprises ou des établissements hospitaliers.

## POSTERS

- Les communications acceptées par le Comité Scientifique du congrès sont toutes affichées pendant les 3 jours du congrès, dans la zone exposition (voir plan en page 3). Il est demandé aux auteurs de respecter la numérotation et d'afficher leur poster sur le panneau correspondant. Les éléments de fixation vous seront remis à l'accueil sur demande.

## RENSEIGNEMENTS – INFORMATIONS

- **Secrétariat du Congrès (organisation générale, scientifique, logistique, inscriptions, hébergement) :**  
Douleur 2004 / Colloquium - Philippe Brégaïnt et Hélène Taussig-Chegaray  
12, rue de la Croix Faubin - 75011 Paris  
Tél : +33 1 44 64 15 15 - Fax : +33 1 44 64 15 16 - email : [douleur@colloquium.fr](mailto:douleur@colloquium.fr)
- **Secrétariat Administratif de la SETD :** Pascaline Lavalade  
Hôpital Pasteur, Département de la Douleur - 30, avenue de la Voie Romaine - BP 69 - 06002 Nice Cedex 1  
Tél : +33 4 92 03 79 46 - Fax : +33 4 92 03 84 69 - email : [sofradol@club-internet.fr](mailto:sofradol@club-internet.fr)
- **Le Corum – Palais des Congrès de Montpellier**  
Esplanade Charles de Gaulle - 34000 Montpellier  
[www.enjoy-montpellier.com](http://www.enjoy-montpellier.com)

## SOIRÉE DU CONGRÈS

Vendredi 19 novembre 2004, à 19h30

- Les participants à la soirée du congrès sont invités à se rendre à 19h15 au niveau 0 (sortie vers le quai Berlioz) où des bus les emmèneront au Château du Pouget (Domaine du Pouget, Chemin des Brus, 34400 Verargues).  
À la fin de cette soirée, des retours en bus sont prévus vers le Corum et les hôtels officiels du Congrès.  
Cette soirée est optionnelle et le nombre de places limité.  
Participation : 50 €.

## WEB VILLAGE

- Le Web Village est situé au cœur de l'exposition et à côté du stand de la SETD.  
Des animations vous seront présentées régulièrement sur cet espace et un e-mail center y sera également à votre disposition.

Réservez d'ores  
et déjà vos dates...

 **Douleur**  
PARIS-La Villette 2005  
5<sup>e</sup> Congrès annuel de la SETD

Paris, la Vilette  
17-18-19 novembre  
2005

## MEMOIRES ET DOULEURS – PRATIQUES PLURIELLES

### 01 – Mémoires et douleurs : des liens multiples

Bernard LAURENT

Neurologue, Professeur des Universités, CHU de Saint-Etienne  
Courriel : [bernard.laurent@chu-st-etienne.fr](mailto:bernard.laurent@chu-st-etienne.fr)

Les deux fonctions sont souvent associées mais avec des sens variables selon le bagage de celui qui les emploie; la mémoire douloureuse n'a pas la même signification pour un biologiste qui fait allusion aux phénomènes de plasticité de la corne postérieure, pour le psychanalyste qui pense aux traumatismes affectifs de l'enfance, pour le neuropsychologue qui essaiera de disséquer les mémoires de la douleur en boîtes différentes comme celles du langage ou de la vision (explicite/implicite, épisodique/sémantique...) ou pour le rééducateur confronté aux douleurs fantômes, véritable résurgence de douleurs passées souvent oubliées. Tous ces spécialistes sont persuadés que la douleur laisse une trace mais qu'à la différence d'autres fonctions sensorielles comme la vue ou l'audition, le rappel du stimulus au sens du ressenti physique n'est pas possible alors que la reconnaissance d'une douleur déjà expérimentée l'est, ce qui illustre que le message a bien été stocké. Le sujet ne peut se comprendre qu'avec une culture sur la douleur et la neuropsychologie, ce qui est rare, et les articles de la littérature portent la marque des auteurs, le plus souvent compétents dans le domaine de la douleur où le concept pédagogique de douleur-mémoire a eu un grand succès même s'il recouvre des faits disparates.

La sensation douloureuse est unique et non partagée à la différence d'autres expériences sensorielles (visuelle, auditive, olfactive) qui peuvent être vécues simultanément par plusieurs observateurs. La douleur n'est donc transmise à autrui que par le langage, volontiers insuffisant pour décrire la richesse subjective et émotionnelle de l'expérience. Le discours douloureux mêle nécessairement des faits physiques « objectifs » avec des éléments émotionnels, biographiques ou culturels, dont certains sont appris au cours des consultations médicales. Il faut distinguer ce rappel verbal « indolore » d'un événement nocif de sa véritable réactualisation qui survient par exemple dans les douleurs fantômes voire dans certaines douleurs chroniques qui seraient parfois la mémoire d'une douleur aiguë. Ce concept de mémoire se superposant à celui de chronicité a une grande valeur pédagogique pour promouvoir l'analgésie précoce et totale mais les arguments scientifiques sont faibles et parfois l'on confond l'hyperalgésie secondaire et mémoire douloureuse.

Expérimentalement on peut étudier le souvenir d'un événement douloureux unique (pathologique ou expérimental) qui appartient à la mémoire épisodique en comparant son rappel à distance à la description initiale (si elle n'a pas été réactualisée...) dans toutes les composantes de la douleur : physiques, contextuelles ou émotionnelles... ; on peut ainsi confirmer que le rappel à distance concerne surtout le contexte émotionnel et verbal (médicaments, nom des médecins, de l'hôpital...) alors que la description sensori-discriminative est plus aléatoire (EVA, topographie, descripteurs sensoriels...). D'autres travaillent sur la mémoire implicite qui opère à l'insu du sujet comme une véritable empreinte inconsciente: on peut ainsi étudier le conditionnement douloureux (association du stimulus et de son contexte), les variations des réponses neurophysiologiques ou d'imagerie pour un stimulus douloureux déjà connu et répété, voire travailler sur des stimuli non nocifs mais qui évoquent la douleur (mots suggérant la migraine chez un migraineux...etc). Dans les liens complexes entre douleurs et mémoires il y a aussi la notion d'une compétition au sens où la douleur qui accapare l'attention sélective perturbe la mémorisation d'autres informations. Cette complexité des liens de la douleur avec le langage, l'émotion, la biographie et les facteurs culturels rend l'étude de la mémorisation d'un fait douloureux complexe et différente des modèles de la neuropsychologie expérimentale qui va s'intéresser au rappel d'une histoire ou d'une

figure. On assiste depuis quelques années à un foisonnement de travaux sur l'aspect cognitif de la douleur et son intégration corticale: longtemps contingentée à la moelle ou au tronc cérébral, la neurophysiologie de la douleur aborde désormais les contrôles corticaux et les fonctions telles que l'attention, l'anticipation, le langage et la mémoire.

Dans cette conférence introductive nous présenterons des approches différentes de la mémoire de la douleur chez l'homme :

- la mémoire d'une douleur aiguë et de son évolution qui intéresse le thérapeute confronté à un patient qui doit ré-évoquer un geste chirurgical douloureux ou décrire à distance l'efficacité d'une thérapeutique antalgique ...
- les mémoires épisodique ou sémantique de la douleur, la seconde recouvrant le savoir sur la douleur et la médecine : certains travaux ont cherché à comprendre comment ce stock sémantique modifiait le récit de la douleur; d'autres ont étudié le comportement et le rappel douloureux dans la maladie d'Alzheimer, prototype d'une perte des connaissances sémantiques.
- la mémoire explicite comportant les récits de douleurs de sa propre vie véhiculés par le langage peut s'opposer à la mémoire implicite, véritable stigmate d'une expérience douloureuse non mémorisée consciemment. C'est évidemment chez l'enfant que cette problématique a été le plus étudiée pour des expériences douloureuses des premières années dans cette période d'amnésie infantile où l'événement ne peut être raconté.
- douleur et modification de la mémoire en particulier des faits qui l'accompagnent ; on peut alors parler d'amnésie explicite induite par une douleur ; l'exemple le plus caricatural est l'ictus amnésique déclenché par une douleur aiguë, mais plus souvent il s'agit des perturbations cognitives des douloureux chroniques avec le rôle particulier des antalgiques. Plusieurs travaux ont analysé ces modifications cognitives du douloureux chronique avec les biais induits dans la mémorisation qui peut par exemple privilégier les informations ayant un lien avec la douleur au dépend des autres...
- la reviviscence douloureuse ou " douleur- mémoire " ne sera qu'abordée car elle fera l'objet d'une discussion ultérieure dans le membre fantôme. Le fait demeure fondamental pour comprendre le stockage cortical de toute douleur que l'on aurait pu croire effacée mais aussi pour réaliser que des mécanismes physiologiques interdisent à toutes nos douleurs d'être réactualisées.

Il reste beaucoup d'inconnues sur l'inscription physiologique d'une douleur et les sites anatomiques impliqués. Le système nociceptif est probablement soumis à une " finalité " d'oubli de la douleur, mais tout stimulus douloureux entraîne des modifications neurochimiques et synaptiques durables du système nerveux central. Ce stockage mnésique de la douleur, utile pour la reconnaître et mieux la combattre, sera d'autant plus important que le stimulus nociceptif a été intense et répété. La réactualisation d'une expérience douloureuse ancienne reste exceptionnelle mais le phénomène de douleur-mémoire débouche sur celui de la plasticité des systèmes corticaux analysant les douleurs et supportant les cartes somatotopiques: on sait que la douleur intervient dans cette représentation corticale du corps et parfois permet une réappropriation d'un corps déafférenté par le coma ou l'hémiplégie. Ceci incite à analyser toute douleur en référence avec la biographie douloureuse ancienne. Cette approche crée un pont utile dans la communication scientifique entre biologistes somaticiens et psychanalystes.

#### Bibliographie

- Brodie EE, Niven CA. Remembering an everyday pain: the role of knowledge and experience in the recall of the quality of dysmenorrhoea. *Pain*. 2000; 84 (1):89-94.
- Feine JS, Lavigne GJ, Dao TT, Morin C, Lund JP. Memories of chronic pain and perceptions of relief. *Pain*. 1998; 77 (2):137-41.
- Flor, H. Elbert, T. Knecht, S. Wienbruch, C. Pantev, C. Birbaumer, N et al . Phantom limb pain as a perceptual correlate of cortical reorganization following arm amputation. *Nature*. 1995; 375: 482-4.
- Laurent B. Mémoire de la douleur *Revue de Neuropsychologie* 2001 ; vol 11 n 2 197-219.
- Morley R. Vivid memory for "everyday" pains. *Pain*. 1993; 55 (1): 55-62.

## 02 – Mémoire traumatique et douleur : des morts comme auxiliaires thérapeutiques ?

Catherine GRANDSARD

Psychologue clinicienne

Centre Georges Devereux, Université Paris 8, Paris

Courriel : cgrandsard@aol.com

Le traumatisme psychique, que l'on peut aussi envisager comme une forme de pathologie de la mémoire (Young 1995), est susceptible d'entraîner une kyrielle de symptômes somatiques parmi lesquels les douleurs physiques occupent souvent une place de choix (Candib 2002). Or, dans la prise en charge de cas de douleurs réfractaires à tout traitement survenant dans un contexte de psychotraumatisme, certains *morts* pourraient s'avérer de précieux auxiliaires thérapeutiques. Nous faisons référence ici à des personnes décédées issues de l'entourage du patient. Cette surprenante proposition nous a été suggérée au décours d'une observation clinique spécifique: il s'agit d'une femme âgée de plus de soixante ans présentant des troubles grave de l'humeur et souffrant de douleurs physiques invalidantes. Reçue à la demande de sa fille dans le cadre d'une consultation de recherche sur la transmission du traumatisme aux enfants de victimes de la Shoah (Zajde 1995), l'intervention thérapeutique inspirée des principes de l'ethnopsychiatrie clinique (Nathan 2001) a permis, semble-t-il, la levée des symptômes douloureux et une amélioration très significative de l'état dépressif de la patiente. Dans un premier temps, nous retracerons l'histoire singulière de cette femme, marquée par une série d'événements traumatiques et un parcours psychiatrique lourd. Le déroulement de sa prise en charge sera restitué dans un second temps ainsi que les fondements méthodologiques du dispositif proposé. Enfin, nous inviterons nos auditeurs à une réflexion sur le défi posé par les patients qui ne répondent pas aux propositions thérapeutiques classiques et sur l'intérêt tant clinique qu'intellectuel qu'il peut y avoir à identifier puis recourir aux ressources thérapeutiques propres aux mondes d'origine de ces patients (Grandsard 2004).

### Références bibliographiques

- Candib L. (2002) « Working with suffering ». *Patient Education and Counseling* 48, 43-50.
- Grandsard C. (2004) « Approche ethnopsychiatrique de la douleur ». In C. Metzger et Coll. *Soins infirmiers et douleur*. Paris, Masson, 123-127.
- Nathan T. (2001) *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Paris, Le Seuil/Les Empêcheurs de penser en rond.
- Young A. (1995) *The Harmony of Illusions : Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press.
- Zajde N. (1995) *Enfants de survivants*. Paris, Odile Jacob.

## 03 – Trace mnésique de la douleur dans le système limbique

Laure PAIN

GRERCA, INSERM U405 et Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Faculté de Médecine, 11 rue Humann, 67000 Strasbourg

Courriel : Laurepain@aol.com

La confrontation des concepts issus de différents domaines aboutit à poser des questions qui constituent en elle-mêmes de nouveaux champs d'investigation. Ainsi, en est-il de la confrontation des données obtenues dans le domaine de la douleur et dans le domaine de la neurobiologie de l'apprentissage. Si l'on met en parallèle certaines données, une question se pose : un stimulus douloureux peut-il conduire à la constitution d'une trace mnésique dans le système limbique sous-cortical, indépendamment de tout souvenir cortical « conscient » de ce stimulus.

Les données obtenues en neuroimagerie chez l'homme montrent qu'un stimulus douloureux s'accompagne de modifications de structures limbiques comme la région amygdalo-hippocampique et l'aire cingulaire antérieure (1). On considère actuellement que ces modifications témoignent de l'intégration de la composante affective de la douleur parallèlement à l'intégration de la perception de la douleur. Ainsi les projections des voies de la douleur vers l'aire cingulaire antérieure et les structures limbiques comme le complexe amygdaloïde seraient-elles à l'origine de la composante subjective, émotionnelle de la douleur, et de sa régulation (2). Chez l'animal, de telles voies de transmission sous-corticales de la douleur ont été mises en évidence. Nos travaux actuels dans ce domaine montrent qu'on observe effectivement une modification des structures limbiques (amygdale, aire cingulaire antérieure, ...) en réponse à un stimulus douloureux chez l'animal sous anesthésie profonde, alors qu'aucune modification d'activité n'est observable dans le cortex du fait des effets de l'anesthésie sur les voies cortico-thalamo-corticales. Ainsi, il existe une prise en compte d'un stimulus douloureux par le système limbique que cela soit pris en charge par des voies de transmission de la douleur directes (noyau parabrachial-complexe amygdaloïde) ou indirectes (cortico- limbique).

Or, le système limbique sous-cortical est le siège de régulation des traitements (acquisition, consolidation, rappel) des informations à connotation émotionnelle. Plus particulièrement, l'amygdale joue le rôle de structure clé du système limbique dans la prise en compte des émotions par le cerveau, et leur mémorisation (3). Cette structure a en effet d'étroites relations non seulement avec les noyaux accumbens, modulateurs des états affectifs, mais également avec les aires cingulaires et les gyri parahippocampique, impliqués dans les processus de mémorisation, notamment déclarative. De façon simplifiée, le complexe amygdaloïde est en fait composé de deux noyaux principaux, le noyau baso latéral, impliqué plus particulièrement dans la modulation des phénomènes de consolidation de la trace mnésique, et le noyau central de l'amygdale, structure impliquée dans l'expression des réponses (comportementales, hormonales et neurovégétatives) à une information ayant une composante émotionnelle.

Quelque soit le type d'informations à mémoriser, les processus de mémorisation sont communs. L'encodage (ou acquisition) des informations constitue une première étape indispensable. Le stockage (ou consolidation) correspond aux changements dans le système nerveux central qui permettent aux informations d'être conservées. Ce stockage s'accompagne de la formation d'une trace mnésique des informations. Le rappel (ou récupération) des traces mnésiques est un phénomène distinct qui utilise les informations stockées au préalable. Or le concept actuel est de considérer que l'amygdale pourrait constituer une structure d'encodage sous-corticale des informations à connotation émotionnelle, véritable siège d'une « mémoire des émotions » (4). Les données obtenues en électrophysiologie chez l'animal montrent ainsi qu'on peut observer dans l'amygdale un phénomène de « Potentialisation à Long Terme (LTP) » suite à l'apprentissage d'un phénomène aversif, et ce parallèlement aux phénomènes de plasticité observés dans les structures classiquement impliquées dans la formation des traces mnésiques comme l'hippocampe et l'aire cingulaire antérieure.

Parallèlement, les hormones périphériques du « stress » ont un rôle classique de facilitation de la mémorisation d'informations. Ces mécanismes modulateurs concernent essentiellement les catécholamines et les glucocorticoïdes périphériques dont les effets sur la mémoire sont médiés via l'amygdale. Les catécholamines circulantes libérées en réponse à une situation stressante pour le sujet, à des stimuli douloureux, ou administrées par voie systémique, ont ainsi un effet de facilitation de l'acquisition/consolidation/récupération des informations (5). L'activation de l'axe hypothalamo hypophysaire en réponse à un agent stressant et la sécrétion secondaire de glucocorticoïdes ont également un effet de facilitation de l'acquisition/consolidation des informations lorsqu'elles ont une connotation émotionnelle. Or, un stimulus douloureux constitue en lui-même un agent de stress, s'accompagnant

de modifications des sécrétions de catécholamines et de glucocorticoïdes. Ces phénomènes périphériques associés ne peuvent que faciliter un possible apprentissage et mise en mémoire de ce stimulus à connotation émotionnelle par l'amygdale au sein du système limbique. Dès lors que se pose la question de la possible constitution d'une trace mnésique d'un stimulus douloureux dans le système limbique, il faut d'emblée différencier les deux possibilités pour qu'une telle trace mnésique puisse s'exprimer. En effet, certaines formes de mémorisation sont caractérisées par le rappel conscient de l'expérience passée, l'expression de ce souvenir se faisant ainsi de façon explicite. D'autres formes de mémorisation font référence au rappel non conscient de l'expérience passée, rappel qui influence les habitudes et le comportement de l'individu lorsqu'il réalise une tâche (performance) ou fait face à une situation donnée (connaissance implicite). Dans ce cas, le souvenir des expériences passées se fait de manière implicite. Une forme implicite de mémorisation d'un stimulus douloureux pourrait ainsi modifier la réponse ultérieure de l'organisme à un nouveau stimulus douloureux, sans que l'individu ne soit conscient de sa réponse comportementale.

En conclusion, les données chez l'homme comme chez l'animal montrent que la perception d'un stimulus douloureux peut s'accompagner de modifications au sein du système limbique, notamment de l'amygdale, de l'hippocampe et de l'aire cingulaire antérieure. Nos données personnelles montrent chez l'animal que telles modifications sont observables indépendamment d'une intégration corticale « consciente » de ce stimulus douloureux. L'existence de modifications ne préjuge pas de l'existence ou non d'une trace mnésique implicite d'un stimulus douloureux. Mais, étant donné : 1/ le rôle bien connu du système limbique dans l'apprentissage et la mémorisation d'une information à connotation émotionnelle (aversive), et 2/ la composante émotionnelle aversive (et ses conséquences endocriniennes) d'un stimulus douloureux, on ne peut ignorer que l'intégration de ce stimulus par le système limbique est susceptible d'aboutir à la mise en route de phénomène d'apprentissage et de mémoire, l'information acquise pouvant alors être retrouvée de manière implicite.

## Références

1. Peyron R., Laurent B., and Garcia-Larrea L. (2000) Functional imaging of brain responses to pain. A review and meta-analysis. *Neurophysiol Clin*, 30, 263-88
2. Rainville P. (2002) Brain mechanisms of pain affect and pain modulation. *Current Opinion in Neurobiology*, 12, 195-204
3. Ledoux J. (1998) Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 44, 1229-1238
4. Yaniv D., Desmedt A., Jaffard R., and Richter-Levin Gal (2004). The amygdala and appraisal processes: stimulus and response complexity as an organizing factor. *Brain Research Reviews*, 44, 179-186
5. Izquierdo, L. A., Barros, D. M., Medina, J. H. and Izquierdo, I. (2002). Stress hormones enhance retrieval of fear conditioning acquired either one day or many months before. *Behav Pharmacol*, 13, 203-13.

## 04 – Le membre fantôme douloureux, modèle de douleur mémoire. Nouvelles approches ré-éducatives et données d'imagerie

Pascal GIRAUX<sup>1</sup>, Catherine MERCIER<sup>2</sup>, Roland PEYRON<sup>3</sup>, Paul CALMELS<sup>1</sup>, Angela SIRIGU<sup>2</sup>

Service de Médecine Physique et Réadaptation<sup>1</sup> et Service de Neurologie<sup>3</sup>,  
CHU de Saint-Etienne. Institut des Sciences Cognitives<sup>2</sup>, Lyon.  
Courriel : pascal.giroux@univ-st-etienne.fr

Les personnes ayant subi une amputation d'un membre continuent souvent de percevoir la présence du membre amputé. Ces sensations, appelées membre fantôme<sup>(1)</sup>, sont aussi présentes lors d'une lésion neurologique étendue telle qu'une avulsion du plexus brachial. Elles comportent la perception plus ou moins vivace de la présence du membre, dans son intégralité ou en partie, selon une posture fixe ou variable. Il s'y

associe inconstamment des sensations de mouvement du membre fantôme, qui peuvent être volontaires ou automatiques.

Des sensations douloureuses, dites douleurs de membre fantôme, sont fréquemment associées. Elles sont le plus souvent à type de crampes, de serremments ou de décharges électriques et prédominent au niveau de la main<sup>(1,2)</sup>. Dans le cas d'amputation du membre supérieur, la prévalence de ces douleurs varie de 29% à 76% des sujets selon les études qui diffèrent par le type de douleur et de population étudiés ainsi que le délai depuis l'amputation. Il est important de bien différencier les douleurs de membre fantôme proprement dites, et les douleurs de moignon qui sont des douleurs neurologiques périphériques de type causalgie. Ces deux types de douleurs sont présentes chez environ 50% des sujets amputés mais ne sont pas toujours associés chez un même sujet (risque relatif = 1.9). Chez les sujets amputés, l'intensité des douleurs de membre fantôme est qualifiée de modérée à très intense par environ 65% des patients, avec, le plus souvent, un fond douloureux associé à des pics d'intensité de fréquence variable.

En cas de lésion de plexus brachial, il existe des douleurs chroniques chez la majorité des patients mais peu d'études épidémiologiques permettent une description précise de ces douleurs<sup>(2)</sup>. Environ 90% des patients ayant une avulsion de plusieurs racines souffriraient de douleurs chroniques intenses. La perception d'un membre fantôme est presque constante dès qu'il existe une lésion étendue du plexus (C6 à C8 inclus)<sup>(2)</sup>, et apparaît donc au moins aussi fréquente qu'après amputation (environ 70%)<sup>(1)</sup>. Le terme de douleur de membre fantôme, défini initialement pour les douleurs post-amputation, peut aussi s'étendre aux avulsions plexiques. Mais là encore, il convient de faire la part des douleurs neurologiques de type radiculalgie et celle des douleurs de membre fantôme. Ces dernières peuvent se différencier des radiculalgies par une topographie qui n'est pas compatible avec un ou plusieurs territoire radiculaire, et surtout, une description clinique tout à fait superposable à celle des douleurs post-amputation. Le plus souvent, il existe une douleur continue, intense, associée à des pics d'intensité de fréquence variable.

La physiopathologie des douleurs fantômes a considérablement évolué ces dernières années<sup>(1,2,3)</sup>. D'une conception initiale très « périphérique », mettant l'accent sur les éventuels neurinomes du moignon après amputation, ou les dysfonctionnements radiculaires postérieurs en cas de lésion plexique, de nouvelles connaissances ont fait émerger le rôle primordial du système nerveux central dans la persistance, voire la genèse, de ces douleurs. Tout d'abord, un défaut de contrôle inhibiteur des afférences sensibles sur les afférences nociceptives a été mis en avant (théorie du *gate control*), puis des réorganisations de la corne postérieure de la moelle aboutissant à des décharges spontanées de certains neurones nociceptifs ont été mis en évidence. Plus récemment, des réorganisations thalamiques ont été démontrées, avec une hyperactivité spontanée de certains relais neuronaux thalamiques. Cette hyperactivité pourrait être soit le simple reflet de l'hyperactivité spontanée de la corne postérieure médullaire, soit un niveau supplémentaire d'entretien ou de genèse des douleurs.

Plus récemment, des réorganisations corticales après amputation d'un membre ont été mises en évidence dans les aires motrices primaires et sensibles primaires chez l'animal puis chez l'homme<sup>(4)</sup>. Ces études montrent une expansion des représentations corticales sensibles et motrices des parties du corps adjacentes au segment de membre supérieur amputé, moignon et visage. Cette expansion se fait aux dépens du segment de membre supérieur amputé dont les représentations régressent. Il est noté une corrélation entre le degré de réorganisation corticale et l'intensité des douleurs de membre fantôme, sans que l'on puisse établir clairement une causalité. Cependant, cette corrélation soutient l'hypothèse que les cortex moteurs et sensitifs primaires peuvent constituer la « porte d'entrée » de nouvelles stratégies thérapeutiques antalgiques des douleurs de membre fantôme.

Malgré la multiplication des thérapeutiques proposées et la prise en charge multidisciplinaire des patients dans des centres spécialisés, le traitement des douleurs de membre fantômes, que ce soit lors d'amputation ou d'avulsion plexique, est souvent difficile et partiellement

efficace. De nombreuses thérapeutiques antalgiques sont proposées, sans qu'il n'existe actuellement de consensus claire sur une stratégie thérapeutique. A côté de l'approche médicamenteuse et chirurgicale, une approche rééducative émerge, basée sur les connaissances récentes des réorganisations cérébrales corrélées avec les douleurs fantômes. Deux voies se développent, la première repose sur les réorganisations sensitives, la seconde sur les réorganisations motrices.

L'approche sensitive, développée récemment par le groupe de H. Flor<sup>(4)</sup>, postule d'une part que l'extension de la représentation corticale sensitive primaire de la face aux dépens de la représentation sensitive du membre amputé est réversible sous l'effet d'un entraînement tactile du moignon, et que d'autre part, cette réversibilité s'accompagne d'un effet antalgique sur les douleurs fantômes. Les premiers résultats publiés à propos de 5 patients sont très encourageants.

L'approche motrice a été initiée par les travaux de V.S. Ramachandran et coll.<sup>(1)</sup>, mettant en évidence que les perceptions de membres fantômes sont modulées par les réafférences visiomotrices. En 1996, cette équipe a démontré que l'image de la main non-amputée, superposée à l'extrémité fantôme (à l'aide d'un système de miroirs), peut engendrer une sensation kinesthésique dans l'extrémité amputée. Cette illusion peut se définir comme une coïncidence entre les mouvements du membre fantôme et les afférences visuelles proposées. De manière intéressante, cette étude a montré que l'exposition visuelle quotidienne du membre absent pouvait induire des mouvements dans le membre fantôme perçu auparavant comme « crispé » et immobile et produisait une réduction significative de la douleur associée au membre amputé. L'exposition visuelle du membre et l'apprentissage visiomoteur associé semblent rétablir une continuité et une cohérence de l'image corporelle. L'aspect important toutefois de cette description clinique est la perception subjective du « mouvement » du membre fantôme rapporté par les patients, qui a été induite par la vision et qui a son tour, semble influencer la douleur. Ces observations soulèvent plusieurs questions fondamentales sur les interactions entre les afférences visuelles, afférences sensitives et motricité volontaire, et ouvrent une voie prometteuse de traitement des douleurs fantômes.

Les mécanismes probables des effets antalgiques d'un apprentissage visiomoteur sont probablement complexes et demeurent encore très hypothétiques. Chez des sujets sains, l'apprentissage moteur se caractérise par des modifications des cartes sensorimotrices. Plus précisément, des mouvements répétés entraînent une expansion des représentations sensorimotrices en rapport avec ces mouvements, mise en évidence chez l'homme en imagerie fonctionnelle. Récemment, nous avons pu mettre en évidence une réversibilité tardive des réorganisations liées à l'amputation lors d'une allogreffe de main. Ces résultats défendent le modèle d'une allocation compétitive, remarquablement plastique, des ressources neuronales du cortex moteur primaire. Dans une étude préliminaire<sup>(5)</sup>, nous avons démontré qu'un apprentissage visiomoteur chez des sujets amputés ou plexiques pourrait avoir un effet sur les représentations corticales sensorimotrices.

Nous avons prolongé cette étude préliminaire<sup>(5)</sup> par un protocole en ouvert portant sur 12 sujets, permettant de reproduire les constatations de Ramachandran et de vérifier le rôle spécifique des afférences visuelles en éliminant la nécessité d'un mouvement bimanuel nécessaire lorsqu'un simple miroir est utilisé. Le matériel utilisé se compose d'une caméra vidéo, de plusieurs miroirs et d'un ordinateur pilotant l'acquisition et la restitution vidéo. Préalablement à la thérapie, des mouvements du membre sain du sujet sont enregistrés sur l'ordinateur afin de constituer une bibliothèque de mouvements. Ces mouvements subissent une symétrie droite-gauche lors de leur restitution, et sont ainsi transformés en mouvements virtuels de l'extrémité amputée ou paralysée. Lors de la visualisation par le sujet de ces mouvements virtuels de la main lésée, l'image de la main se trouve superposée à l'extrémité fantôme. Il existe alors une coïncidence entre les mouvements du membre fantôme et les afférences visuelles proposées. Cette coïncidence engendre chez les sujets une illusion kinesthésique dans l'extrémité amputée ou paralysée. Les caractéristiques des mouvements utilisés sont adaptés à chaque sujet

(mouvements avec ou sans objets, articulations mises en jeu, vitesse du geste, douleur et fatigabilité du sujet). La durée des séances est fixée à 1 heure, autorisant la pratique d'environ 100 gestes par séance. Le rythme des séances est fixé à 3 par semaine, compatible avec une vie professionnelle normale des sujets. Chaque sujet bénéficie de 15 séances, à raison de 3 séances par semaine, réparties sur 5 semaines.

L'évaluation thérapeutique est réalisée à distance des séances de traitement. Elle est hebdomadaire pendant le programme thérapeutique. A l'issue du programme thérapeutique, elle est poursuivie à un rythme mensuel jusqu'à 3 mois après la fin du programme. Il est réalisé une évaluation séparée de l'intensité des douleurs pour la douleur de fond (permanente) et les éventuels paroxysmes douloureux. Le critère d'évaluation principal est une auto-évaluation de l'intensité douloureuse par l'échelle visuelle analogique (EVA). Les critères d'évaluation secondaires comportent une auto-évaluation de l'intensité douloureuse par l'échelle Verbale Simplifiée (EVS), le Pourcentage de Soulagement (PS), la fréquence des pics douloureux, le Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA), et le suivi des prises médicamenteuses antalgiques. L'évolution de la qualité de vie est évaluée par le Profil de Qualité de Vie Subjectif (PQVS) et l'Index de Réintégration à la Vie Normale (IRVN). L'évolution d'un éventuel état dépressif associé est évalué par l'échelle MADRS.

Les résultats de cette étude préliminaire en ouvert portant sur 12 patients confirment les résultats obtenus par Ramachandran et précisent le rôle spécifique des réafférences visuelles. Huit patients sur douze rapportent une diminution significative de l'EVA en fin de traitement. Il apparaît donc que tous les patients ne bénéficient pas de cette méthode, sans que nous puissions pour l'instant dégager de facteur prédictif d'efficacité. Il est encore nécessaire d'étudier un groupe contrôlé, ne comportant pas d'entraînement visiomoteur, pour éliminer un effet « prise en charge » non spécifique. En conclusion, l'entraînement visiomoteur, comparativement aux traitements médicamenteux et neurochirurgicaux couramment employés, possède les avantages de ne pas être invasive, de ne pas présenter d'effets secondaires et d'avoir un coût économique faible. Elle confirme les capacités de modulation de la douleur par le système moteur.

## Références

1. Ramachandran V.S. The perception of phantom limbs. The D. O. Hebb lecture. Brain. 1998; 121 (Pt 9): 1603-1630.
2. Kooijman C.M., Dijkstra P.U., Geertzen J.H.B., Elzinga A., Van der Schans C.P. Phantom pain and phantom sensations in upper limb amputees: an epidemiological study. Pain. 2000; 87: 33-41.
3. Berman J.S., Birch R., Anand P. Pain following human brachial plexus injury with spinal cord root avulsion and the effect of surgery. Pain. 1998; 75: 199-207.
4. Karl A., Birbaumer N., Lutzenberger W., Cohen L.G., Flor H. Reorganization of motor and somatosensory cortex in upper extremity amputees with phantom limb pain. J.Neurosci. 2001; 21(10): 3609-3618.
5. Giroux P., Sirigu A. Movement illusion of the paralysed limb induces brain plasticity. Neuroimage. 2003 ; 20: S107-S111.

## 05 – La douleur comme mémoire

Gabriel BURLOUX

Psychanalyste, Responsable de la consultation anti-douleur de l'hôpital neurologique, Lyon

Courriel : Burloux.Gabriel@wanadoo.fr

"L'hystérique souffre de réminiscences"... "La douleur laisse des traces permanentes en  $\Psi$ , à la manière d'un coup de foudre"... Une douleur *réellement* organique avait *réellement* eu lieu (dans les douleurs hystériques, c'est moi qui souligne).

Voilà des formulations freudiennes qui engagent fortement la question de la mémoire à propos de la douleur. Une expérience de plus de vingt années dans le cadre d'une consultation de la douleur physique, animée uniquement par des psychanalystes, a à la fois éclairci et fortement complexifié cette question.

On peut facilement imaginer que l'hilflosigkeit, la détresse originaire

de l'être humain imprime une trace première. Cette détresse qui est aussi douleur, fait de nous des êtres à dédoloriser, à consoler et c'est là le rôle de la mère (au sens large, qui comprend aussi le père). Le résultat est l'humanisation du petit d'homme. La douleur est consubstantielle à la condition humaine.

Mais on ne peut conférer à la détresse originaire un aspect qui ressemblerait à la malédiction du péché originel ni probablement que toute nouvelle douleur s'attache ou s'ajoute au corpus douloureux préalable. On doit cependant se demander quel est le destin des traces que laisse la douleur qu'elle soit originaire ou plus tardive. Jouent-elles un rôle, et peuvent-elles se réactiver ? Constituent-elles une mémoire ?

Ce point de vue, théorique, ne représente pas l'angle d'approche du psychanalyste, qui laisse parler ses patients en dehors de toute position psychique préalable. Toutefois on ne saurait oublier que pour Freud la psychanalyse, du moins dans ses premiers temps visait à la levée de l'amnésie infantile, due au refoulement et constituant l'inconscient. Il fallait rendre conscient ce qui ne l'était pas, réveiller une mémoire endormie et faire émerger un sens nouveau. Mais un douloureux chronique qui souffre dans son corps, n'a que faire de ces considérations. Il exprime sa plainte, dans une litanie répétitive.

La douleur toutefois conduit ce patient à un état de régression, temporelle et aussi formelle. Il ressemble à un enfant qui se plaint et appelle une mère qui ne vient pas ou qui est impuissante. Cette régression n'est pas un voyage dans le passé, mais ramène le sujet à une position infantile.

## Que dit la clinique ?

Les patients douloureux appelés psychogéniques par les somaticiens formaient la majorité de nos clients lors des débuts de notre consultation. Ils sont devenus minoritaires au fil du temps. Ils ont été nos maîtres en algologie car ils nous ont apporté une intelligence de la chose douloureuse pure, si l'on peut dire, exempte ou peu marquée par une étiologie organique expliquant la douleur. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les somaticiens, qui les supportaient mal, nous les confiaient. Parmi ces patients figurent les hystériques, les hypocondriaques et les névrosés post traumatiques représentés principalement, surtout au début, par les lombalgiques.

**Les lombalgiques** (psychogéniques) m'ont étonné par leur aptitude à associer librement à l'intérieur d'un schéma assez strict et répétitif. Ils racontaient d'abord et surtout leur accident et y revenaient sans cesse en utilisant les mêmes mots. Ils décrivaient aussi leur vie actuelle, qui se résumait en douleur et impuissance. Alors qu'autrefois, avant, ils étaient des hyperactifs impressionnants, au travail, à la maison, partout, toujours serviables et dévoués.

Surtout, sans la moindre sollicitation de notre part, et dès la première séance, ils décrivaient la détresse des premiers temps de leur vie, marquée par des séparations, des deuils, des morts, des conditions sociales catastrophiques.

J'en ai parlé longuement ailleurs. Pour résumer, je dirai que leur vie avait connu quatre étapes décisives

- 1) La détresse des origines, jamais consolée
- 2) Une hyperactivité réparatrice d'eux-mêmes et de la mère absente, ainsi que du monde entier (le Paradis)
- 3) L'accident, en général bénin, en tout cas jamais très grave
- 4) La période actuelle de deuil, de dépression et de souffrance interdisant toute activité et vécue comme incurable et définitive (L'Enfer).

On pouvait considérer qu'ils n'étaient pas malades car ils avaient eu un accident mais qu'ils avaient eu un accident car leur début dans la vie les avait rendus traumatophiles, accident prone, comme disent les Américains. Dans cette optique leur accident serait un après-coup du traumatisme de leur détresse originaire, ainsi retrouvée. On comprend alors mieux pourquoi ils ne s'en remettaient pas.

**L'hypocondriaque**, lui, a construit avec la mère vécue délétère un couple étrange, figé dans un combat infini et sans issue ; la mère

avalée et fécalisée est là dans l'organe « malade » faisant fonction d'objet interne dangereux mais surveillé et malgré tout conservé. Dans le caveau de l'hypocondriaque se poursuit l'éternelle veille de l'immortel enfant mort.

## Et la mémoire ?

Les lombalgiques et les hypocondriaques nous montrent que, dans leur cas, il ne s'agit plus de simples réminiscences comme chez les hystériques mais du destin lié des traces originaires. Ce destin n'est pas une étiologie et les traces en question ne sont aucunement un Graal à la conquête duquel il faut s'engager. Mais elles ont marqué l'organisation psychologique du sujet, en le rendant donc traumatophile, comme le disait Abraham, et surtout dolorophile. Le destin disait Freud à propos de ces patients soumis à la répétition traumatique, surgit sur leur route de façon *démoniaque*.

Cet *éternel retour du même* lié à la compulsion de répétition et dont nous voyons tous les jours les effets chez nos patients, ne nous étonne plus mais il reste mystérieux. La douleur si proche du traumatisme, semble dans certains cas vouloir se reproduire chez certains sujets. On dit d'eux qu'ils hyperinvestissent la douleur mais cette définition ne nous avance guère.

Pourtant il faut la poursuivre. On sait par exemple que certains patients atteints de polyarthrite rhumatoïde souffrent intensément mais ne se plaignent que très peu, alors que les lombalgiques psychogéniques (je ne parle là que de ceux-ci) n'ont pas grand chose, mais se plaignent beaucoup. On ne peut faire intervenir pour expliquer cela, la notion de pusillanimité ou de douilletterie. Les lombalgiques sont durs au mal avant leur accident. J'ai avancé la notion d'algose.

La douleur comme trou noir : l'algose

L'algose ou névrose algique consisterait dans le fait d'investir dans un premier temps une douleur existante, un ressenti douloureux ou une simple cénesthésie, en percevant ou en y attachant un certain degré d'intensité douloureuse, puis dans un deuxième temps, à se livrer à une véritable culture du phénomène douloureux. Le premier temps correspond à une nécessité humaine fondamentale partagée par tous. Le deuxième plus complexe, fait intervenir l'organisation psychique du sujet. Car l'investissement de la douleur est une chose, sa culture en est une autre. Cette culture est liée à une reprise masochique forte de l'investissement premier. C'est dans l'intensité du ressenti et la continuité de son maintien, que la douleur sous forme de névrose algique ou algose, peut être utilisée comme une solution psychique, la solution douloureuse. Elle est souvent préférée à l'angoisse ou à un autre symptôme psychique, car vécue plus solidement plus fiable et moins dangereuse, car évitant le conflit intrapsychique.

Je parle de solution douloureuse, ce qui est un peu provocant. Elle est pourtant souvent préférée à une autre possibilité qui serait le travail d'élaboration psychique. La douleur gèle cette possibilité. Je préférerais souffrir bêtement qu'intelligemment me disait un patient. La douleur peut tenir lieu de mémoire quand le psychisme ne peut ou se refuse à retrouver les vieux démons.

Je reviens aux traces et à leur trajet. Celles qui ont été très précoces, dues à des situations d'abandon, de détresse non consolée, de séparation, de privation affective et dérégulation, n'ont pu être symbolisées, ne sont pas exprimables par des mots. En 1973, à leur propos, je parlais de *traces amnésiques*, liées à l'indicible au sens propre. Il n'est donc pas question chez ces personnes de lever l'amnésie infantile. Il y a bien chez elles des traces, enracinées dans l'indifférenciation psychosomatique originaire. Celles qui suivront viendront s'ajouter sur ce fond blanc qui ignore les mots. Viendront à leur place des réactions de comportement, de caractère, des actes, et aussi bien sûr la douleur plutôt que des symptômes nettement plus psychisés tels que l'angoisse et ses dérivés.

## Et les autres ?

J'ai choisi comme modèle des patients psychalgiques, du moins nommés ainsi par les somaticiens insatisfaits de leur recherche étiologique. Cependant quand une lésion organique apparaît, accable

une personne et la fait souffrir, elle la fait aussi régresser. Cette régression qui par ailleurs peut s'avérer utile, rapproche cette personne de son enfance, ne serait ce qu'à cause de l'impuissance, de la dépendance, du besoin d'aide et de plainte qu'elle provoque et ne la rend pas hétérogène aux patients qui n'ont pas ou peu de lésions. Nous n'avons jamais ressenti de différences entre nos patients.

Car l'être humain a toujours un fond blanc personnel, bien défendu, riche de ses expériences affectives, émotionnelles et douloureuses, mais fragile. Qui peut échapper à la mémoire de la douleur, ou à la douleur comme mémoire ?

#### Bibliographie

- Freud S. Au delà du principe de plaisir in Essais de psychanalyse. PBP 1982
- Burloux G. 2004 Le corps et sa douleur. Dunod Paris

## 06 – Douleur et deuil

Jean-François DAUBECH

Psychiatre, Bordeaux

Courriel : j-f.daubech@wanadoo.fr

Le deuil est, pour la théorie psychanalytique, d'une importance plus décisive que ne le suggère en 1915 *Deuil et mélancolie*, le seul texte que Freud lui consacre expressément. Il y oppose les mécanismes du deuil et ceux de la dépression, établissant une distinction forte entre les deux qui pourrait être emblématisée par cette phrase : « Dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie, c'est le moi lui-même ».

En fait, la métapsychologie tout entière est placée par lui sous le signe du deuil. La première trace en est repérable dans une lettre à Fliess du 17 décembre 1896, écrite deux mois après la mort de son père, survenue le 23 octobre 1896 : "Caché profondément derrière tout cela se trouve l'enfant de mon idéal et de ma douleur : la métapsychologie". De la même façon que la douleur est convoquée dans quelques-uns des grands textes métapsychologiques, le deuil est présent dans des moments théoriques décisifs. La mort de son père initie le mouvement interne qui le conduit à abandonner sa *neurotica* - (sa théorie du traumatisme comme origine des névroses, à laquelle il substitue celle du fantasme et de l'après-coup) - en septembre 1897 et engendre deux textes sur la mémoire : *Sur le mécanisme psychique de l'oubli* en 1898 et *Sur les souvenirs-écrans* en 1899, avant d'entraîner Freud dans ce qu'il appellera son auto-analyse dont le résultat principal sera le livre-phare de la psychanalyse *L'interprétation du rêve*. De la même façon<sup>2</sup>, beaucoup plus tard dans sa vie, la mort de sa mère lui permet d'écrire la conférence sur la féminité, tout comme *Analyse finie et infinie* laisse entendre une tentative pour Freud de régler les questions laissées en suspens par la mort de Ferenczi, ou certains textes bruissant encore des échos de la rupture avec l'un ou l'autre de ses disciples.

Il reste que, la même année 1915 – celle de *Deuil et mélancolie*, dans *Passagèreté*, il reconnaît : « Le deuil à la perte de quelque chose que nous avons aimé et admiré apparaît si naturel au profane qu'il le tient pour évident pour soi-même. Pour le psychologue au contraire, le deuil est une grande énigme, un de ces phénomènes qu'on n'élucide pas eux-mêmes, mais auxquels on ramène d'autres choses obscures ». Pierre Férida<sup>3</sup> questionne dans *La grande énigme du deuil* : « Parler de réaction, n'est-ce pas traiter le deuil comme un phénomène psychologique dont l'évidence naturelle se satisferait d'une simple explication psychologique ? La mort de l'autre est loin, comme on le sait, de susciter quelque chose d'univoque et Freud a bien raison de tenir le deuil pour une énigme qu'aucune explication psychologique ne saurait comprendre. Il en va du deuil comme de la pudeur ou de la honte. On ne les nomme "réactions" que pour mieux en normaliser la valeur défensive et éviter ainsi l'étonnement que ne manquerait pas de susciter la question de leur énigme ».

Freud définit le deuil : "Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc...". La liste devient alors fort longue et concerne aussi bien des objets externes qu'internes. Je pense ici au deuil auquel se trouve confrontée toute personne frappée d'un handicap, aussi bien le paraplégique que la personne âgée atteinte de handicap sensoriel ou l'ouvrier maçon qui, pour des raisons de lombalgie ne peut plus assurer son travail, situation courante et difficile à dépasser. Remarquons que le langage courant va dans ce sens en usant largement de l'expression "faire son deuil", à propos de la cigarette pour le fumeur, d'une place de parking, ou des objets volés par les cambrioleurs. La sagesse populaire assimile le deuil à toute perte, renoncement ou frustration, des plus insignifiantes aux plus douloureuses. Ce faisant, elle reconnaît le potentiel d'affliction attaché à toute perte d'un objet investi mais elle dénature le deuil en le vidant de sa violence ; dénaturant redoublée par le verbe "faire" qui suggère qu'on "ferait" son deuil comme on fait sa toilette, avec une indifférence plus ou moins appliquée. L'expérience que chacun peut faire du deuil montre combien c'est au contraire lui qui nous « fait », c'est-à-dire impose ses exigences. Il est fait d'une invasion de représentations et d'affects dont nous ne maîtrisons rien. C'est tout à la fois une souffrance imparable, la transformation d'un lien, la réévaluation d'une histoire, une modification de soi-même et une désorganisation parfois profonde. Nous la subissons, nous l'acceptons plus ou moins facilement, chacun s'en défend comme il peut, on ne peut ni l'accélérer ni l'écourter. Il conduit, à l'ordinaire, une représentation douloureuse de l'objet perdu vers l'état de souvenir, élément de mémoire librement évocable et dénué d'affect pénible. Nicole Loraux, dans son livre intitulé *Les mères en deuil*, nous rappelle que dans l'Antiquité, à Athènes, il existait un code social réglant la durée du deuil en fonction de la personnalité du défunt et des conditions de son décès. Selon qu'il s'agissait d'un mari, d'un fils, d'un frère, selon qu'ils étaient morts les armes à la main ou non, la durée du deuil variait de neuf mois à deux ans ou plus. Plus près de nous, au début du dernier siècle existait encore un code de la durée du deuil, suivi d'un demi-deuil, associé à des usages vestimentaires. Ces usages, que nous retrouvons dans toutes les civilisations avec parfois des exigences impressionnantes (Toradja des Célèbes), semblent aujourd'hui mis à mal par nos manières modernes qui semblent exiger un retour rapide à une efficacité sociale nécessaire, ressentie comme impérieuse. Cette relative non-reconnaissance du deuil et de sa force contraignante peut, conjointement à des dispositions internes inconscientes, entraîner des distorsions dans ce passage de la souffrance au souvenir, distorsions que nous retrouvons dans la clinique. Il est, pour ces raisons, nécessaire de prêter attention à des deuils parfois anciens, tant les intervalles peuvent être étirés, les résurgences fréquentes et sournoises, les anniversaires « célébrés » tout en restant méconnus, variés les substituts du deuil. Que le week-end de la Toussaint soit traditionnellement le plus meurtrier de l'année s'explique difficilement par les seules conditions météo.

Des textes évoqués, nous retenons quelques éléments indispensables. En premier lieu, la nécessaire distinction à faire entre deuil et dépression, celle-là même qui fait l'objet du texte de Freud. Le deuil est un moment nécessaire, il est une souffrance indispensable à travers laquelle chacun prend congé des objets aimés. Il n'a pas à faire l'objet, sauf dans de rares cas, de soins médicaux, en particulier d'antidépresseurs. Peut-être serons-nous un jour amenés à évaluer le rôle pathogène de telles prescriptions qui participent d'un souhait implicite d'éradiquer les traces d'une affectivité débordée. De façon plus générale, aucun évitement n'est utile, bien au contraire. Voir le cadavre, le toucher, l'exposer, y compris aux yeux des enfants, favorise la déliaison nécessaire quand le fuir laisse sans image évocable de la réalité. Pleurer nos morts reste ce que nous avons de mieux à faire dans ces moments-là.

En second lieu, la marche du deuil. Face à l'exigence de retirer toute la libido des liens qui le retiennent à l'objet, l'homme n'abandonne pas

facilement une position libidinale. La rébellion peut être si intense qu'on en vienne à « se détourner de la réalité et à maintenir l'objet par une psychose hallucinatoire de désir. Ce qui est normal c'est que le respect de la réalité l'emporte. Mais la tâche qu'elle impose ne peut être aussitôt rempli. En fait, elle est accomplie en détail, avec une grande dépense de temps et d'énergie d'investissement, et, pendant ce temps, l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement. Chacun des souvenirs, chacun des espoirs par lesquels la libido était liée à l'objet est mis sur le métier, surinvesti et le détachement de la libido est accompli sur lui ». Notons cette poursuite de l'existence de l'objet perdu au cours du deuil, elle rend compte d'un certain nombre de deuils dits pathologiques, marqués par une impossibilité à accomplir un détachement suffisant. Notons aussi que ce travail psychique s'accomplit détail par détail, éclairant la « grande dépense » de temps et d'énergie qu'il requiert.

En dernier lieu, l'ambivalence. Freud, lorsqu'il cherche ce qui peut venir entraver cette marche ou orienter celle-ci vers la mélancolie, met en lumière un partage chez l'endeuillé entre les sentiments tendres et les sentiments hostiles. L'observation des effets de cette coexistence indécidable de motions antagonistes chez l'individu est plus que fréquente. Elle est le facteur décisif de ces deuils impossibles ou infinis, quelques fois méconnus sous la forme de symptômes ne laissant pas immédiatement paraître les liens qu'ils entretiennent avec le deuil. La clinique montre en effet que la perte d'un objet très aimé (ou haï) est marquée par une relative simplicité du deuil même si le chagrin (ou la satisfaction) est intense. Pourquoi pleurer un objet vis-à-vis duquel aucun regret ne subsiste, avec lequel nous avons vécu et parlé aussi pleinement que nous le souhaitions ? En revanche, découvrir combien le lien que nous avons avec lui est resté insuffisamment investi, que la relation fut marquée par la réserve, la crainte, l'insatisfaction, que jamais l'amour ne fut dit ou manifesté, que jamais plus ne pourra lui être dit ce que nous avons rêvé, et toujours différé, de pouvoir exprimer un jour et dont nous étions quelques fois ignorants jusqu'à ce que la mort nous le révèle brutalement. L'étendue de ce qui fut inaccompli laisse durablement dans la désolation. Ici reportons-nous aux *Etudes sur l'hystérie* de Freud qui recensent des cas marqués par la douleur physique et le deuil, ou à l'élaboration de la crypte psychique par Nicolas Abraham et Maria Torok parue dans *L'écorce et le noyau*.

La pratique clinique montre quotidiennement cette coïncidence d'une situation de perte et de la survenue d'une douleur, parfois différée, dans quelque territoire corporel. Le fait que cette douleur procède d'une histoire, traumatisme ou enchaînement physiopathologique, ne suffit pas toujours à écarter l'hypothèse d'un lien de causalité entre les deux. Remarquons cependant qu'une telle hypothèse résulte d'une représentation théorique qui n'est pas nécessairement partagée par tous les intervenants auprès du patient douloureux. On peut ne lui accorder aucune valeur, de la même façon qu'on peut n'en reconnaître aucune aux rêves, lapsus ou actes manqués. Ici se trouve une ligne de séparation tracée par la théorie psychanalytique à laquelle on accorde, ou non, quelque crédit. Les manifestations douloureuses qui peuvent ainsi être l'expression d'un deuil sont variées et ne correspondent pas à un modèle unique.

Le modèle hystérique est le plus connu, sous la forme de la conversion somatique. Elle n'est pas spécifique du deuil mais du conflit psychique et, à ce titre, du deuil lorsque celui-ci est marqué par une forte ambivalence. Nous n'insisterons pas sur le caractère polymorphe bien connu des formes qu'elle peut prendre, « l'hystérie peut tout faire », sinon pour indiquer que sa disparition des repères nosographiques contemporains (DSM) ne l'a pas éloignée des salles de consultation et qu'il convient toujours de l'évoquer. On sait les caractéristiques de ce type de symptôme, sans topographie correspondant à une cohérence physiopathologique, symbolisant quelque chose du conflit qui lui a donné naissance. Ces critères restent fondés, mais ils ne sont pas toujours faciles à mettre en évidence. Ainsi, il peut être difficile de

faire un diagnostic de conversion lorsque la symptomatologie emprunte un chemin déjà frayé par un épisode pathologique antérieur. Il convient aussi de se souvenir que, pour Freud, la mixité du symptôme est la règle. Il existe toujours une trace somatique investie par le conflit psychique. La pureté du modèle hystérique, conversion sans appui somatique, est l'exception. C'est pourquoi l'absence de pathologie lésionnelle n'est pas toujours aussi marquée, loin s'en faut. Notons enfin que le saut dans le somatique réalisé par la conversion continue d'être mystérieux dans son principe, quand bien même les investigations contemporaines commenceraient à le soutenir de quelques images.

Le modèle psychosomatique est, lui aussi, connu, notamment pour ses différences avec le modèle hystérique : non symbolisant, non associé à un type de personnalité, marqué par une pathologie lésionnelle. Les situations douloureuses qui répondent à ce modèle sont fréquentes, à la mesure de ce type de pathologie dans la population, mais elles sont généralement prises en charge par les spécialistes de l'appareil concerné. Là encore, la reconnaissance d'un déterminisme psychique dans ces pathologies dépend du degré d'adhésion du thérapeute à la doctrine psychosomatique.

La complexité clinique échappe souvent à cette modélisation un peu sommaire, et certaines situations cliniques offrent la possibilité de percevoir une organisation psychopathologique originale. Ainsi la glossodynie essentielle, situation que nous pourrions dire intermédiaire entre hystérie et mélancolie. Il s'agit d'une douleur de la langue qui apparaît plutôt chez des femmes âgées au décours parfois éloigné d'un deuil, généralement à la faveur d'une relance libidinale, trompeuse en ce que le deuil n'est pas reconnu comme circonstance étiologique, rarement accessible aux antidépresseurs. La glossodynie pose la question des deuils inaccomplis, laissés en suspens et susceptibles d'être engagés secondairement. Elle est l'occasion d'illustrer le caractère indispensable d'une approche psychopathologique des situations douloureuses.

#### Références :

1. Lettre du 17 décembre 1896, fragment non publié dans *La naissance de la psychanalyse*, citée par D. Anzieu in *L'auto-analyse de Freud*, PUF, Paris, 1988, p.101.
2. Herbert Lehmann, *Réflexions sur la réaction de Freud à la mort de sa mère*, in *L'enfance du féminin, Livres cahiers pour la psychanalyse*, N°8, 2003, éditions In Press, Paris, pp.13-24.
3. Pierre Fédida, *La grande énigme du deuil*, in *L'absence*, Gallimard, 1978, Paris.

## 07 – Le langage de la douleur dans le chamanisme : réflexion anthropologique sur l'efficacité symbolique des cures magico-religieuses

Bertrand HELL

Professeur d'Anthropologie, Université de Franche-Comté,  
Centre d'Etudes Interdisciplinaires des Faits Religieux, Besançon  
Courriel : [bertrand.hell@univ-fcomte.fr](mailto:bertrand.hell@univ-fcomte.fr)

Pour guérir son patient le chamane voyage dans les mondes autres afin de négocier avec les puissances tourmenteuses tandis que le possédé sert de « monture » à un génie attiré et amadoué par la musique rituelle. Au-delà des différences formelles, le chamanisme et les cultes de possession peuvent être définis anthropologiquement comme des systèmes identiques de communication directe avec les esprits construits sur le principe d'une logique de l'alliance. La finalité de leurs rituels n'est pas d'exorciser mais bien de parvenir à établir une relation harmonieuse – et non morbide – avec les forces surnaturelles (Aigle, 2000). Tout en étant inscrit dans la sphère du religieux, chamanisme et possession n'entrent pas en concurrence avec les religions dominantes (islam, bouddhisme, catholicisme, etc.) dans la mesure où leurs rituels ne concernent ni Dieu, ni l'au-delà, ni même la morale normative, mais répondent principalement aux occurrences inexplicables du malheur, de la maladie ou des

catastrophes. A cet égard ils ressortissent à la gestion de l'aléatoire, et les officiants apparaissent comme des « maîtres du désordre » (Hell, 1999).

Même si le chamanisme et la possession sont attestés depuis les temps les plus anciens, ils ne sauraient être considérés à l'heure actuelle comme de simples survivances surgies du passé. L'extraordinaire plasticité de leurs rituels conjuguée à cette idée d'une maîtrise possible de l'incompréhensible contribuent à asseoir la vitalité contemporaine de cette vision du monde. Et sur le plan thérapeutique tant en Corée, en Mongolie qu'en Amérique du Sud par exemple, le développement de la biomédecine n'a aucunement entraîné la raréfaction des cures chamaniques. Bien au contraire ! Ainsi mon plus récent terrain d'enquête s'inscrit dans un projet de recherche initié par la DASS et le CHU (Centre de Santé Mentale) de Mayotte. Une question préoccupe les médecins : comment se fait-il que le recours aux « maîtres des djinns » reste toujours aussi populaire sur l'île alors même qu'un réseau performant de dispensaires assure un accès gratuit et facile à la population locale, depuis une dizaine d'années, y compris en brousse !

Les différentes révolutions (néolithique, industrielle, etc.) ont contribué à diminuer considérablement le poids de l'aléatoire sur la condition humaine. Les sociétés de chasseurs-cueilleurs entièrement dépendantes des ressources cynégétiques ont disparu, agriculture et élevage se sont optimisés. D'une manière générale la civilisation technicienne moderne répond à un besoin d'hyperprotection. Voilà pourquoi la dimension chamanique liée à la maîtrise du désordre se focalise, de nos jours, principalement sur l'irruption de la maladie et les ruptures brutales de l'équilibre individuel. La fonction de guérisseur est maintenant au coeur du chamanisme.

Mais en quoi la croyance à l'invisible permet-elle de soulager un mal, voire de guérir ? Sur un plan très général référence pourrait être faite aux nombreuses recherches épidémiologiques menées en Occident, en particulier dans les hôpitaux aux Etats-Unis, visant à tester l'efficacité de la foi et de la prière d'intercession sur le recouvrement de la santé (cf. N° spécial « Spiritualité, religion et santé » *American Psychologist*, janvier 2003). En ce qui concerne les cures chamaniques, le renvoi aux travaux pionniers de C. Lévi-Strauss s'impose : dès 1949, à partir de l'exemple des Cuna du Panama, celui-ci établit un parallèle entre la cure chamanique et la cure psychanalytique à partir du processus d'abréaction que toutes deux favorisent. C. Lévi-Strauss développe en particulier le concept fondateur d'**efficacité symbolique**, c'est-à-dire d'une efficacité thérapeutique construite sur une médication essentiellement psychologique puisque le chamane ne touche pas au corps du malade et ne lui administre pas de remède (hormis des fumigations ou des bains à partir de plantes aux vertus symboliques). Après avoir examiné chaque étape du rituel opéré par le chaman cuna pour délivrer une parturiente des affres d'un accouchement difficile, l'anthropologue conclut : « La cure consisterait donc à rendre pensable une situation donnée d'abord en termes affectifs : et acceptables pour l'esprit des douleurs que le corps se refuse à tolérer » (Lévi-Strauss, 1958 : 226).

Depuis son introduction en 1949 le concept d'efficacité symbolique s'est affiné avec la multiplication des études sur le chamanisme et la possession. Il apparaît en particulier aujourd'hui que le chamane n'est pas qu'un « abréacteur professionnel » et que la relation langagière propre au modèle psychanalytique ne fournisse pas la seule clef de lecture des cures magico-religieuses. D'autres rouages importants de cette efficacité symbolique ont été mis en évidence tant au niveau individuel que collectif. Dans ce type de médecine le patient est appelé à jouer un rôle actif à travers l'esprit qui se manifeste en lui et une relation identificatrice forte se noue avec le thérapeute qui s'avère toujours un ancien malade-frappé (C. Jung a théorisé cette idée du « guérisseur blessé »). La référence à des entités pathogènes extérieures favorise par ailleurs une dépersonnalisation rituelle qui évite d'accabler le malade du poids de la souffrance morale : ainsi une femme sans enfant n'est pas affligée des stigmates - terribles au Maroc - de la stérilité lorsqu'on découvre que c'est en fait un « djinn rouge » qui l'afflige. Sur le plan collectif, les cures comportent invariablement une

évidente dimension théâtralisée permettant de les assimiler à de véritables psychodrames dans lesquels l'assistance doit participer à la catharsis. Le public est un acteur important du traitement car il fonctionne comme une caisse de résonance au processus d'équilibration de l'individu et de sa réintégration dans le tissu social.

Bien d'autres points pourraient être éclairés mais je voudrais ici, dans le cadre de ce colloque, insister plus spécifiquement sur le « langage de la douleur » dont l'anthropologue Byron GOOD rappelle l'importance cruciale : « L'une des démarches essentielles de l'art de guérir consiste à symboliser l'origine de la souffrance, à trouver une image autour de laquelle un récit prendra forme » (Good, 1998 : 269).

Tant au Maroc (culte des Gnawa) qu'à Mayotte (culte patrosi d'origine bantoue et tromba d'origine malgache), les cures que je peux suivre illustrent parfaitement la manière dont s'opère cette symbolisation. Pour peu qu'une affection se révèle réfractaire aux traitements ordinaires (médecine arabe, phytothérapie et aujourd'hui biomédecine), alors on suspecte une origine djinnique du mal. Peu à peu, dans un long et méticuleux travail d'accompagnement, voire de maternage, « le maître des esprits » amène le patient à percevoir sa maladie sous la forme d'une agression externe transformant ainsi l'expérience que ce dernier a de sa propre réalité. Ce processus de symbolisation de l'origine de la douleur s'étale sur des temps plus ou moins longs (de quelques mois jusqu'à 3/4 années) et trouve son point culminant dans le rituel de dénomination qui, à Mayotte dans le culte patrosi, revêt une dimension dramatique tout à fait extraordinaire. Pouvoir nommer ses esprits tourmenteurs : voilà une des clés de la délivrance car « nommer l'origine de la douleur, c'est saisir le pouvoir de l'alléger... c'est aussi un pas décisif dans la reconstruction du monde, c'est donner naissance à un moi intégré » (Good, 1998 : 271). Et à Mayotte comme au Maroc, une fois ce rituel de dénomination accompli, le patient effectivement ne souffre plus et fait état d'une relation équilibrée avec ses esprits. Le langage de la douleur consiste en une progressive domestication des forces pathogènes, et ce processus n'est pas incompatible avec un traitement biomédical comme l'atteste le travail mené à Mayotte en collaboration avec les praticiens hospitaliers.

#### Références bibliographiques citées :

- AIGLE D et CHAUMEIL JP (sous la direction de). *La politiques des esprits. Chamanismes et religions universalistes*, Nanterre, Société d'Ethnologie, 2000.
- GOOD B ; *Comment faire de l'Anthropologie médicale ? Médecine rationnalité et vécu*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998 (1ère édition anglaise 1994).
- HELL B. *Possession et chamanisme. Les maîtres du désordre*, Paris, Flammarion, 1999 (réédition Champs 2002).
- HELL B. *Le Tourbillon des génies. Au Maroc avec les Gnawa*, Paris, Flammarion, 2002.
- LEVI-STRAUSS C. *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958.

## 08 – Evolution, mémoire et douleur : du normal au pathologique ? Nouvelles stratégies thérapeutiques

Guy Simonnet

Neurobiologiste, Professeur des Universités, Université Victor Ségalen Bordeaux 2, Bordeaux

Courriel : gsimonnet@yahoo.com

Bien que nous disposions de médicaments antalgiques puissants, la prise en charge de la douleur, en particulier la douleur chronique, pose encore de nombreux problèmes dans nos sociétés médicalement avancées. Un rapport récent (Moskowitz, 2002) indique que ce sont 86 millions d'américains qui souffrent de douleurs chroniques et que cela représente, toutes charges comprises, un coût annuel de 90 milliards de dollars pour la société américaine. Cela doit nous amener à un certain nombre d'interrogations non seulement en termes de Santé publique (quelles stratégies de prise en charge ?) qu'en termes de recherche (quelles questions aborder et de quelle manière sur les modèles animaux?) tant au niveau des concepts que des approches expérimentales très (trop ?) mécanistiques.

Dominante dans nos sociétés modernes « hautement médicalisées », il y a la stratégie du médicament, souvent « du tout » médicament, avec certains dégâts collatéraux comme un certain appauvrissement de la relation médecin-personne malade, l'objectif apparaissant trop souvent limité à se « décharger » au plus vite de la douleur, ce qui apparaît peu adapté pour une bonne prise en charge des douleurs chroniques rebelles. Il faut cependant reconnaître que si la stratégie « symptôme-médicament » est de plus en plus « appréciée par le corps social dans son entier, médecins et patients compris, il faut réaffirmer ici que la douleur, en particulier chronique, ne peut se limiter à la nociception et sa prise en charge à une démarche antinociceptive. Bien que les sciences humaines et cliniques: psychologie, psychanalyse, ethnologie, sociologie... apportent un regard original et posent de vraies interrogations (bien des membres de la SETD peuvent en témoigner dans leur pratique quotidienne), il n'en reste pas moins vrai qu'il existe une certaine impasse intellectuelle et stratégique dans la mesure où ces différentes approches n'ont pu établir de véritables partenariats, ni même de débats fructueux avec les sciences neurobiologiques. La conséquence en est que les concepts et pratiques neurobiologiques ne peuvent pour le moment s'apparier aux concepts et pratiques des sciences cliniques et humaines et *vice versa*. Le seul point positif de ce déficit est qu'il commence à être reconnu. Doit-on en rester là pour autant?

En d'autres termes, **la pratique clinique tout comme celle de la recherche neurobiologique peut-elle faire l'économie d'une réflexion anthropologique ?** Doit-on limiter notre regard à la « douleur de l'instant » telle qu'elle est généralement prise en compte par notre société occidentale sans prendre effectivement en compte et de manière rigoureuse l'histoire de l'individu ? La neurobiologie expérimentale peut-elle se contenter et doit-elle se limiter à des modèles animaux parfois « un peu simples » voire même à des manipulations *in vitro* quelque peu dépourvues de signification ; la douleur, même dans le cadre d'une démarche expérimentale chez l'animal ne doit-elle pas être considérée avant tout être comme l'histoire d'un individu douloureux (voir définition IASP) ?

## Les antalgiques opioïdes affectent la mémoire de l'individu : un phénomène normal non pathologique

Depuis un certain nombre d'années, nous avons tenté d'aborder ce type de questions au niveau expérimental (animal) à travers l'étude des effets à long terme des substances opioïdes (morphine et dérivés). Très rapidement, nous nous sommes aperçus qu'au-delà de leurs effets antalgiques bien connus, les agonistes opioïdes entraînaient à long terme des réactions de l'organisme se traduisant, à l'opposé de leur effet princeps, par une hypersensibilité à la douleur (hyperalgésie). Ce phénomène est très « robuste » puisqu'il est dose-dépendant et qu'il a été montré désormais aussi bien chez l'animal (Larcher et al., 1998, Rivat et al., 2002) que chez l'homme (Guignard et al., 2000). L'étude des mécanismes sous-tendant un tel phénomène nous a montré que cet effet « paradoxal » était sous-tendu, en grande partie, par la mise en jeu de systèmes glutamatergiques agissant au niveau de récepteurs NMDA dont on sait l'importance dans certains mécanismes de la mémoire au niveau cellulaire. De façon intéressante, nous avons pu montrer que **l'administration répétée d'antalgiques opioïdes entraîne une amplification de cette hypersensibilité à la douleur** dont on ne peut s'empêcher de penser qu'elle pourrait paradoxalement **favoriser le développement d'une douleur chronique** tout comme le fait, par des mécanismes très similaires, la répétition à long terme de stimuli nociceptifs. On peut comprendre dès lors que l'administration répétée d'antalgiques opioïdes engendre en réaction une résistance aux effets antalgiques, *i.e.* une **tolérance** qui serait due, non pas à la perte d'efficacité antalgique per se de la molécule (toujours efficace en réalité, voir Célérier et al. 2001) mais principalement au développement progressif d'une hypersensibilité à la douleur de l'individu. En d'autres termes, l'administration d'antalgiques opioïdes induit un changement de l'état cérébral, un nouvel état (allostase), véritable conséquence de l'histoire « opioïde » de l'individu.

## L'hypersensibilité à la douleur n'est pas pathologique au regard de l'évolution

Ce processus de sensibilisation à la douleur induit par la prise d'antalgiques opioïdes est-il paradoxal ou doit-il être interprété comme une simple **réponse adaptative** (une contre-réaction) de l'organisme soumis (trop brutalement ?) à la mise en jeu de systèmes antalgiques? Peut-on considérer que s'il est adaptatif, il apparaisse **normal** que ce processus d'hypersensibilité à la douleur soit « mémorisé » et « sensibilisé » au même titre que l'est par exemple une réponse antigène-anticorps ? En d'autres termes, peut-on considérer que ce type de processus opposant, qui peut paraître paradoxal à première vue, ne représente qu'une application de stratégies fondamentales de l'adaptation sélectionnées par l'évolution pour la survie? D'un point de vue purement évolutionniste, on peut en effet considérer que l'hypersensibilité à la douleur, en favorisant la détection de l'agression tissulaire facilite l'anticipation de stratégies de récupération (soins) au regard des menaces de l'environnement (adaptation) et aurait été plus signifiante et discriminante en termes de survie que ne l'est l'état de « confort » (analgésie). On peut rétorquer que notre société médicalisée n'oblige plus nos organismes à de telles stratégies ancestrales. Ce serait faire fi de **l'énorme décalage qu'il peut y avoir entre la « vitesse » de l'évolution biologique de notre organisme, en particulier de notre cerveau, et l'évolution de notre environnement**. En effet, il est à remarquer que si notre environnement médical (capacités thérapeutiques) a « explosé » ces dernières décades, et le domaine de l'analgésie n'y a pas échappé, l'évolution de notre cerveau biologique est par comparaison extrêmement lente. Certains processus, comme l'hypersensibilité à la douleur, pouvant être considérés comme adaptative dans un monde « ancestral » peuvent nous apparaître aujourd'hui comme décalés et donc pathologiques dans un monde « moderne » négligeant la prise en compte d'une certaine « mémoire de l'évolution » et se limitant à une approche de la « douleur de l'instant ». Ce décalage important pourrait perdurer encore quelques milliers d'années... Nous avons à en tenir compte au-delà de toute volonté d'interprétation manichéenne de la sensation douloureuse par nos sociétés modernes.

Nous avons pu montrer ainsi que chez les rats ayant vécu une histoire douloureuse (apparemment guérie) ou ayant des antécédents opioïdes sans histoire douloureuse, un stress (non nociceptif) n'induit pas de l'analgésie comme chez l'animal « naïf » mais au contraire de l'hyperalgésie. C'est le signe probable que **l'évolution a « privilégié » l'hyperalgésie (anticipation/récupération) aux dépens de l'analgésie (défense)** en réponse aux menaces exercées par l'environnement. Ainsi, l'histoire même de l'animal, qu'elle ait été associée au recrutement de systèmes antalgiques *via* l'administration d'antalgiques opioïdes exogènes (thérapie) ou *via* la mise en jeu d'opioïdes endogènes (stress/adaptation à l'environnement) modifie profondément et pour longtemps la sensibilité et l'expression même de la douleur. De façon intéressante, la répétition de tels stress (non nociceptifs) conduit, comme l'administration répétée d'opioïdes exogènes, à une amplification de l'hyperalgésie qui peut durer plusieurs jours en l'absence même de tout stimulus nociceptif. Cela n'est pas sans rappeler les propositions de S. Freud sur « la capacité de la douleur à s'auto-maintenir, à s'auto-aggraver et même à être incurable ». Ceci suggère que de tels processus « adaptatifs » peuvent probablement faciliter dans certaines circonstances, chez l'homme comme chez l'animal, la chronicisation de la douleur. Bien entendu, de grandes différences d'évolution doivent exister entre les espèces tout comme il doit exister des différences individuelles entre les individus d'une même espèce, mais on peut raisonnablement penser que ces différences sont plus limitées à des différences de niveau qu'à de réelles différences sur le fond.

## La prise en compte des mémoires individuelle et évolutionniste ouvre à de nouvelles perspectives thérapeutiques originales du syndrome douloureux

Il est bien évident que la prise en charge de telles hyperalgésies, que le clinicien ne peut, par la simple observation clinique, différencier avec

certitude de la douleur-nociception, ne relève pas d'antalgiques classiques (les « antinociceptifs ») mais de « thérapies » capables de moduler négativement ces « excès » de mémoire et de sensibilisation. On voit même que l'escalade antalgique, en particulier le recours à, ou l'augmentation des antalgiques opioïdes, pourrait être parfois contre-indiquée **si elle est mise en oeuvre seule**, sans prise en compte de ces processus de mémorisation. **Ceci ne conduit pas évidemment à limiter l'utilisation des antalgiques en particulier opioïdes, bien au contraire**, mais à réfléchir à un meilleur usage tenant compte des « mémoires de l'individu ».

**Des stratégies thérapeutiques fondées sur ces concepts et données pré-cliniques sont-elles possibles au plan pharmacologique ?** Nous avons particulièrement travaillé cette question ces dernières années. L'observation *princeps* est que ces processus de sensibilisation à la douleur, qu'ils soient déclenchés par la répétition de stimuli nociceptifs, de stress ou par l'administration d'antalgiques puissants comme les substances opioïdes impliquent des mécanismes communs mettant en jeu les systèmes glutamatergiques et en particulier les récepteurs NMDA. A des doses ne provoquant pas d'effet antinociceptif *per se*, nous avons montré ainsi l'efficacité d'antagonistes des récepteurs NMDA à **prévenir** mais aussi à **réduire** (effet curatif) la composante hyperalgésique de la douleur montrant ainsi le rôle des systèmes glutamatergiques dans la composante amplificatrice de la sensation douloureuse globale. Sur ces bases, l'usage de la kétamine à faible dose, non antalgique *per se*, s'est ainsi largement développé ces dernières années chez l'homme et a permis une meilleure prise en charge de la douleur post-opératoire (Guignard et al., 2000). L'intérêt des antagonistes des récepteurs NMDA, en particulier en termes de bénéfices au long cours (prévention des douleurs chroniques) est encore probablement sous-évalué. Cependant, nous savons que l'utilisation de ce type de molécules sera toujours délicate en clinique en raison d'effets secondaires parfois difficiles à contrôler. D'un point de vue strictement pharmacologique, le blocage prolongé de récepteurs (NMDA) aussi largement répandus dans notre système nerveux central ne peut apparaître que difficile voire dangereux. La **modulation négative**, plutôt que le blocage complet (antagonistes) par des thérapies capables de limiter seulement « l'emballement » des récepteurs NMDA sans bloquer pour autant leur fonctionnement de base, pourrait représenter une stratégie plus bénéfique et surtout plus « maniable » à long terme. Nous avons montré que de « vieux » agents pharmacologiques, comme le protoxyde d'azote par exemple, peuvent révéler de très importantes propriétés anti-hyperalgésiques via probablement une action modulatrice négative des récepteurs NMDA. Le niveau de fonctionnement de ces récepteurs NMDA étant contrôlés de manière positive et tonique par des substances naturelles fournies par notre alimentation ou néo-synthétisées dans notre tube digestif, nous avons observé que des régimes alimentaires adaptés modifiant les concentrations de certains modulateurs endogènes des récepteurs NMDA (régimes JPG), **bien que non analgésiques per se**, sont capables tout aussi bien de **prévenir** que de **traiter** de façon curative cette composante hyperalgésique de la douleur chez des animaux ayant eu une « histoire » de douleur ou ayant subi une administration d'antalgique opioïde. On ne s'étonnera pas, dans cette perspective, que ces régimes alimentaires soient capables de restaurer l'efficacité de la morphine chez des animaux rendus tolérants par la prise aiguë ou répétée d'agonistes opioïdes. Pour les mêmes raisons, ces régimes JPG sont capables de réduire l'expression de la douleur chronique en particulier sur des modèles de douleur particulièrement résistants à la morphine comme les douleurs neuropathiques. En d'autres termes, il est possible de faire de l'analgésie en s'attaquant spécifiquement aux processus sensibilisation-mémoire. C'est ainsi que ces régimes JPG peuvent également s'opposer et/ou réduire le développement de l'hyperalgésie induite par le stress chez des individus ayant eu une « histoire » douleur ou une administration d'agonistes opioïdes. L'intérêt de ces nouvelles stratégies thérapeutiques apparaît particulièrement important pour la prise en charge de certaines formes de douleurs chroniques, en particulier celles résistantes aux analgésiques morphiniques.

En conclusion, la prise en compte conceptuelle d'une mémoire tant individuelle qu'évolutionniste de la douleur permet aujourd'hui d'envisager de **nouvelles stratégies et de nouvelles cibles thérapeutiques**. Au-delà du symptôme douleur lui-même, tel qu'il est ressenti par le patient à un instant donné de son histoire et appréhendé par le clinicien, on doit désormais encore plus considérer que la sensation douloureuse n'est pas le simple reflet de la nociception et des mécanismes neurobiologiques spécifiques la modulant (gate control, CNID etc...) et prendre en compte la mémoire-histoire de l'individu ainsi que l'histoire de son évolution-adaptation. Parce que fondées sur des stratégies biologiques adaptatives dépassant le cadre de la nociception, les données pré-cliniques obtenues chez l'animal (rat), tout aussi positives qu'elles soient, nécessitent d'être validées sur l'espèce humaine (en cours) dont on prendra soin de rappeler que, bien que mammifère, elle a subi une évolution un peu différente.

Quoiqu'il en soit et pour répondre à une de nos questions initiales : le développement de nouvelles stratégies antalgiques efficaces ne pourra faire l'économie d'une démarche anthropologique dépassant, mais en les intégrant, les démarches un peu trop mécanistiques dans laquelle notre société, médecine et recherche y compris, tendent pour de multiples raisons à enfermer la douleur et sa prise en charge. Une telle démarche nous paraît aujourd'hui **indispensable et possible**. Les données pré-cliniques obtenues nous permettent de « replacer » la démarche neurobiologique et thérapeutique (chez l'animal comme chez l'homme) dans un contexte plus « réel », c'est-à-dire non plus seulement celle du symptôme douloureux, mais celle des syndrômes douloureux reflète de l'agression nociceptive, de l'histoire d'un individu et de l'évolution de son espèce.

#### Références

- Moskowitz M.A. Advances in understanding chronic pain; Introduction. *Neurology*, 59, 81.
- Larcher A, Laulin JP, Celerier E, Le Moal M and Simonnet G. Acute tolerance associated with a single opiate administration: involvement of N-methyl-D-aspartate-dependent pain facilitatory systems. *Neuroscience*. 1998 84:583-589.
- Guignard B, Bossard AE, Coste C, Sessler DI, Lebrault C, Alfonsi P, Fletcher D, Chauvin M. : Acute opioid tolerance: intraoperative remifentanyl increases postoperative pain and morphine requirement. *Anesthesiology* 2000; 93: 409-17
- Rivat C, Laulin JP, Corcuff JB, Celerier E, Pain L and Simonnet G. Fentanyl Enhancement of Carrageenan-induced Long-lasting Hyperalgesia in Rats: Prevention by the N-methyl-D-aspartate Receptor Antagonist Ketamine. *Anesthesiology*. 2002 96:381-391.
- Celerier E, Laulin JP, Corcuff JB, Le Moal M and Simonnet G. Progressive enhancement of delayed hyperalgesia induced by repeated heroin administration: a sensitization process. *J. Neurosci*. 2001 21:4074-4080.

## CEPHALEES ET DOULEURS OROFACIALES

### GTS 01

#### Mécanismes des myalgies oro-faciales

Céline BODERE, Alain WODA

GEDIDO, Faculté de Chirurgie Dentaire, CHU Clermont-Ferrand 63000, France.

<sup>b</sup> INSERM E 0216, Neurobiologie de la Douleur Trigéminal

La richesse et la complexité du tissu musculaire et nerveux de l'appareil manducateur rendent difficile la compréhension de la physiopathologie douloureuse myofasciale orofaciale. L'innervation des muscles masticateurs et craniocervico-faciaux par les nerfs crâniens et cervicaux induit une rapide sensibilisation du territoire et génère fréquemment des douleurs projetées. Les latences de conduction sont très courtes et les anastomoses nerveuses plurielles. La fonction motrice mixte des muscles masticateurs, tonique et phasique, associée à certaines spécificités histologiques et physiologiques pourraient être responsables de certaines spécificités physiopathologiques.

En recherche, expérimentale et clinique, il est primordial de dissocier la douleur aiguë de la douleur chronique orofaciale. Si les mécanismes nociceptifs générateurs de myalgies aiguës sont appréhendés, l'étiologie et la physiopathologie de la majorité des douleurs musculo-squelettiques de la région craniofaciale restent encore mal comprises. De la même façon, il est important de dissocier le type de fonction motrice incriminée dans la genèse de la douleur (repos, contraction statique ou dynamique = mastication). Selon de nombreux auteurs, dont Travell & al. en 1942, le lien réciproque entre la douleur musculaire et une activité électromyographique (EMG) tonique anormale serait le facteur étiologique de l'initiation et de la maintenance de la douleur musculosquelettique orofaciale. Les études expérimentales sur la douleur aiguë invalident cette hypothèse. Une récente étude sur l'homme conclue que les muscles élévateurs présentent une hyperactivité EMG significative en présence de myalgies chroniques intenses (Bodéré C, Tea SH, Giroux Metges, Woda A; Pain; in revision 2004). En accord avec les résultats de cette étude, l'hypothèse actuelle de l'étiopathogénie des myalgies orofaciales est l'ischémie : un effort soutenu des muscles masticateurs (l'hyperactivité EMG persistante au repos due à des tensions soutenues, le bruxisme..) induirait une désensibilisation du système vasodilatateur, une réduction de la perfusion sanguine et des altérations tissulaires des muscles (Ashina & al., 2002, Aizawa & al. ; 2002, Bani et Bagnani ;1997). La sensibilisation centrale associée aux changements sus-cités pourrait altérer la régulation des mécanismes périphériques nociceptifs et aggraver la sensation douloureuse.

### GTS 02

#### Thérapeutiques physiques dans la prise en charge des myalgies chroniques de l'appareil manducateur

M.H. STEENKS, A. DE WIJER

Faculté Médecine Dentaire/ Département douleur orofaciale, Université UTRECHT, Hollande

Les désordres temporo-mandibulaires (DTM) recensent plusieurs entités cliniques impliquant les muscles masticateurs, l'articulation temporo-mandibulaire et les éléments associés. La prise en charge des DTM inclue plusieurs alternatives thérapeutiques.

L'objectif global des thérapeutiques physiques est de diminuer la douleur, réduire le dysfonctionnement, restaurer une fonction musculo-articulaire optimale, restaurer les activités quotidiennes pour prévenir la récurrence. Ces programmes de physiothérapie sont prescrits avec des exercices précis, des automassages, des conseils comportementaux et d'hygiène de vie, de relaxation. Tous ces traitements nécessitent une implication du patient dans son traitement. Les thérapeutiques physiques incluent également les manipulations, les exercices, les massages, la rééducation, l'application de courants basse fréquence. Le traitement est défini en fonction des éléments relevés lors de l'examen clinique et de la localisation de la douleur musculo-articulaire (orofaciale cervicothoracique ou dorso lombaire).

Il existe maintenant un consensus sur le choix de thérapeutiques réversibles qui soulagent de façon statistiquement équivalente la douleur. Ainsi le suivi à long terme des DTM montre que 50 à 90% of the patients, présentent peu ou aucun symptôme, à l'issue de ce type de traitements.

Pour ces raisons les thérapeutiques réversibles sont choisies en première intention dans la presque totalité des DTM. Cette démarche est en accord avec l'évolution des connaissances sur le plan étiologique. De plus il est très probable que ces thérapeutiques aient un effet thérapeutique sur les arthralgies. Les thérapeutiques plus invasives comme les traitements chirurgicaux de l'Articulation Temporo-Mandibulaire (ATM) ou dentaires offrent un pronostic acceptable mais avec un risque et un coût biologique très supérieurs. Si l'on compare l'efficacité des thérapeutiques physiques par rapport aux thérapeutiques par orthèses occlusales et aux thérapeutiques centrées sur l'éducation du patient uniquement, la physiothérapie semble être une bonne alternative en présence de myalgies chroniques de l'appareil manducateur. L'intérêt majeur de cette approche est l'implication du patient et sa compliance, sa responsabilisation dans les progrès en comparaison à des thérapeutiques plus traditionnelles où le patient est passif. Les myalgies orofaciales sont probablement une expression d'autres douleurs chroniques non clairement identifiées dans leur physiopathologie.

En conclusion, les thérapeutiques physiques sont une aide précieuse dans la prise en charge des myalgies, et l'optimisation de la fonction en réduisant l'inflammation, diminuant et coordonnant l'activité musculaire et engageant un processus de régénération. Le patient peut être éduqué à mettre en œuvre lui-même ces thérapeutiques physiques incluant les étirements musculaires, les exercices de renforcement et de coordination, les auto-massages des muscles masticateurs et l'application de chaleur humide sur les muscles douloureux.

### GTS 03

#### Douleur orofaciale et bruxisme

Gilles LAVIGNE

Professeur à la Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal

Près de 8% de la population adulte souffre de douleur chronique et un autre 8% rapporte du grincement des dents lors du sommeil. Il y a peu de correspondance entre les deux conditions, seulement un bruxeur sur cinq rapporte de la douleur. Toutefois, près des 2/3 des patients avec douleur chronique ont des plaintes de mauvais sommeil. Nous discuterons des interactions entre ces deux conditions.

Lavigne GJ, Kato T, Kolta A, Sessle BJ. Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. Crit Rev Oral Biol Med. 2003;14(1):30-46.

Brousseau M, Manzini C, Thie N, Lavigne G. Understanding and managing the interaction between sleep and pain: an update for the dentist. J Can Dent Assoc. 2003 Jul-Aug;69(7):437-42.

## DOULEUR ET CANCER / TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES

### GTS 04

#### Collaboration inter-régionale pour le développement des Techniques interventionnelles en cancérologie

B. FERGANE<sup>1</sup>, I. KRAKOWSKI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Responsable du GTS Techniques interventionnelles. Centre d'Evaluation et de traitement de la douleur chronique rebelle. CHU de Besançon

<sup>2</sup> Responsable du GTS Cancer. Unité Douleur. Service de soins oncologiques de support. Centre Alexis Vautrin. CRLCC. Vandoeuvre-lès-Nancy.

Il existe actuellement de réelles difficultés pour que les malades puissent bénéficier dans toutes les régions d'un accès facile et rapide à des équipes entraînées dans le domaine des techniques antalgiques interventionnelles. Ces équipes sont en effet peu nombreuses car elles nécessitent un savoir-faire, des moyens humains et une pluridisciplinarité difficiles à acquérir et à entretenir de façon pérenne. Par ailleurs elles ont besoin de partager leurs compétences dans les indications, les domaines techniques et organisationnels.

Les responsables des GTS « cancer » et « techniques interventionnelles » de la SETD ont décidé de réfléchir à une collaboration pour tenter d'améliorer cette situation en mutualisant leurs efforts dans tous les domaines possibles et en instituant une communication régulière. Trois équipes pluridisciplinaires ont travaillé dans ce sens à Besançon, Nancy et Saint Etienne. Seront présentés : la mise en place de cette collaboration, son organisation (réunions de concertation pluridisciplinaire téléphoniques – RCP –, site internet), les documents de saisie et de suivi des cas cliniques, le thésaurus de fiches techniques pour la réalisation des gestes, les réflexions sur le développement possible de cette action au niveau national : collaboration entre la SETD et la Société Française de Radiologie, actions de formation et de compagnonnage, visio-conférences, ouvrages, supports divers ...

### GTS 05

#### Apport de l'ablathermie par radiofréquence dans la douleur et en situation palliative

F. MARCHAL<sup>1</sup>, C. BAZIN<sup>2</sup>, I. KRAKOWSKI<sup>1</sup>, H. BOCCACINI<sup>2</sup>, P. TROUFLEAU<sup>1</sup>, P. HENROT<sup>1</sup>, J.L. VERHAEGHE<sup>1</sup>, F. GUILLEMIN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Départements de Chirurgie, radiologie, soins oncologiques de support. Centre Alexis Vautrin, Avenue de Bourgogne, 54511 Vandoeuvre-lès-Nancy, France

<sup>2</sup> Service de Radiologie, Hôpitaux de Nancy, Brabois, rue du Morvan, 54511 Vandoeuvre-lès-Nancy, France

La radiofréquence est devenue une alternative à la chirurgie dans le traitement des métastases ou des tumeurs primitives hépatiques. L'ablathermie par radiofréquence de tumeurs pulmonaires, rénales ou osseuses se développe petit à petit. Nous rapportons notre expérience préliminaire de l'utilisation de cette technique dans le traitement de la douleur et en situation palliative.

Matériels et méthodes : 4 patients ont été traités pour des tumeurs rénales. Deux patients, âgés de 75 et 79 ans, avaient une tumeur primitive et avaient été récusés en raison de leur état général. Deux autres patients, âgés de 65 et 79 ans présentaient une récurrence d'adé-

nocarcinome rénal, l'un dans la loge de néphrectomie avec extension à la queue du pancréas associée à des douleurs invalidantes ; l'autre patient présentait une récurrence sur le seul rein restant, déjà traité chirurgicalement pour une métastase de son cancer controlatéral. Ces 2 patients avaient été récusés pour la chirurgie. Le cinquième patient présentait une métastase osseuse de la tête humérale d'un cancer du sein. Cette métastase avait été traitée par radiothérapie mais la patiente présentait une impotence fonctionnelle douloureuse 1 an après son traitement. Le sixième patient présentait une nouvelle récurrence douloureuse d'un chordome sacré traité depuis 1989 à de multiples reprises par chirurgie (6 interventions) et radiothérapie (85 Gy). Cette évolution était inaccessible tant à la chirurgie qu'à une nouvelle radiothérapie. Les 5 premiers patients ont été traités par voie percutanée, le sixième en peropératoire après refoulement de l'uretère gauche et du sigmoïde. Le matériel de radiofréquence était un générateur RF RITA modèle 1500 (RITA Medical System, INC, Mountain View, USA). Toutes les procédures ont été réalisées sous anesthésie générale.

Résultats : Les 4 patients traités pour des adénocarcinomes du rein n'ont pas présenté de récurrence locale. Trois patients étaient en vie sans évolution à distance avec un recul de 12, 16 et 20 mois. Le patient avec sa récurrence au contact du pancréas avait été soulagé de ses douleurs et est décédé d'une carcinomatose péritonéale 6 mois après le geste. La patiente porteuse de la métastase osseuse a récupéré la mobilité de son épaule, sans douleur ni nécessité de prendre des antalgiques. Les douleurs induites par le chordome s'étaient amendées. Le scanner de contrôle montrait une nécrose du chordome. Ce patient était hospitalisé en urgence 2 mois après la laparotomie pour rectorragies avec état de choc. L'artériographie objectiva une fistule, en site opéré et irradié, à partir d'un faux anévrysme septique entre l'artère hypogastrique et le sigmoïde. Malgré une embolisation permettant de stabiliser le patient, le décès survenait quelques heures plus tard après reprise de l'hémorragie.

Discussion : L'ablathermie par radiofréquence permet, chez des patients jugés inopérables, d'assurer le contrôle local de tumeurs (1, 2, 3). Cette technique est aussi un moyen supplémentaire dans le traitement de douleurs résistantes aux traitements classiques (4, 5). Toutefois son utilisation n'est pas exempte de possibles complications, parfois mortelles. D'autres séries sont nécessaires afin de déterminer les modalités d'utilisation de la radiofréquence dans ces situations.

1. McLaughlin CA et al. Radiofrequency ablation of isolated local recurrence of renal cell carcinoma after radical nephrectomy AJR 2003 ; 181 :93-4

2. Steinke K et al. Percutaneous imaging-guided radiofrequency ablation in patients with colorectal pulmonary metastases : 1-year follow-up Ann Surg Oncol 2003 ; 11 :207-12

3. Neeman Z et al. Percutaneous radiofrequency ablation of chordoma AJR 2002 ;179 :1330-2

4. Goetz MP et al. Percutaneous image-guided radiofrequency ablation of painful metastases involving bone : a multicenter study J Clin Oncol 2004 ;22 :303-6

5. Evrard S. Surgical lesioning of splanchnic nerves using wet needle radiofrequency thermoablation J Surg Oncol 2002 ;80 :171-2

### GTS 06

#### Cas Clinique Cancer ORL et Bloc analgésique

D BAYLOT, ML NAVEZ, J PASCAL, JM PRADES

Centre d'Evaluation et de traitement de la douleur chronique rebelle. CHU de Saint Etienne

Madame B...âgée de 68 ans consulte un médecin ORL en 1998 pour des douleurs buccales. Le diagnostic de Lichen plan est porté avec une localisation sur la face interne de la joue et de l'hémi-voile droit. Elle bénéficie de plusieurs séances de Laser CO2 et d'une surveillance bi annuelle.

Elle consulte une première fois au centre de la douleur pour un zona facial survenu dans le territoire V III.

Elle développe en juillet 2003 un tableau douloureux de sinusite. L'exploration objective une tumeur envahissant le palais osseux, la fosse infratemporale et le sinus maxillaire droit.

Une maxillectomie supérieure droite est réalisée par voie para-latéronasale. L'anatomopathologie confirme un carcinome épidermoïde, les recoupes sont positives. Une radiothérapie (66 Gray) est réalisée, avec une dernière séance en octobre 2003. Une radiomucite modérée est traitée par de la morphine retard à la dose de 30mg X 2 jusqu'en décembre 2003.

En mai 2004 surviennent des douleurs de l'hémiface gauche centrée sur le territoire du nerf maxillaire (V II), mais débordant dans le territoire du nerf mandibulaire (V III), d'allure névralgique, qui l'amène à consulter une seconde fois au CETD. Plusieurs diagnostics sont alors évoqués : une douleur neuropathique post radiothérapie, ou post chirurgicale ; une douleur par excès de nociception sur des phénomènes inflammatoires infectieux locaux, une douleur de récurrence.

Une bloc du nerf sous orbitaire soulage immédiatement la patiente.

Le scanner confirme la récurrence, associée à une ostéonécrose.

Un traitement médical est entrepris associant antibiothérapie, radiothérapie, corticothérapie, morphinothérapie progressive. Malgré ce traitement et de fortes doses de fentanyl transdermique puis une PCA, les douleurs s'aggravent sous forme névralgiques sévères.

Un bloc du VII est réalisé avec mise en place d'un cathéter apportant un effet antalgique important. Une neurolyse chimique est envisagée.

Les blocs analgésiques, dans le cadre du cancer, sont indiquées dans les situations d'échappement thérapeutiques et lorsque la douleur est limitée à un territoire nerveux.

Les douleurs évolutives du cancer les plus accessibles aux blocs sont les atteintes du nerf mandibulaire dans les cancers du plancher de bouche et de la langue, du nerf maxillaire dans les cancers de la fosse infratemporale et du sinus maxillaire et les racines cervicales lors des poussées de nodule de perméation.[1]

#### Bibliographie

J Pascal, ML Navez. Blocs de la face en ambulatoire. Evaluation et traitement de la douleur 2003, SFAR, Elsevier.

## GTS 07

### Les cimentoplasties pluri-focales

F.G. BARRAL, O. PRETESEILLE, B. KASTLER, B. FERGANE

Les techniques de cimentoplasties des lésions secondaires du squelette osseux et du rachis, qui dérivent directement de celles des vertébroplasties, sont de plus en plus couramment utilisées et en voie de codification. Il s'agit donc de l'injection par voie per-cutanée de ciment acrylique dont le but initial est antalgique par effet de consolidation d'une pièce osseuse fragilisée.

Les différentes étapes de la procédure, en particulier le choix de la balistique des aiguilles, doivent être discutées au cas par cas, en fonction de l'état du patient, mais surtout de chaque localisation ciblée. Il est particulièrement indiqué de prévoir ces gestes en consultation multi-disciplinaire, les cimentoplasties étant complémentaires des autres traitements, et en particulier de la chimiothérapie et de la radiothérapie, dont l'effet sur la consolidation osseuse demande plusieurs semaines pour être efficace, alors que l'effet antalgique des cimentoplasties est immédiat. Il est nécessaire également, comme pour tout geste de radiologie interventionnelle, de discuter de ces voies d'abord avec les chirurgiens susceptibles d'intervenir dans la prise en charge de ces patients.

Selon notre expérience, l'intéressante possibilité de combiner, au cours du même geste, les avantages de la radioscopie (avec un amplificateur de brillance de bloc) et de la scannographie facilite grandement la réalisation technique de ces gestes, et donc permet de raccourcir leur durée. Cela autorise de plus en plus fréquemment d'envisager de traiter plusieurs zones ostéolitiques au cours de la même séance, par exemple une ou plusieurs vertébroplasties puis la reconstruction de zones ostéolitiques en zones portantes du bassin. Il est également possible de réaliser, au cours du même geste, la consolidation de métastases des os longs, au prix d'un déplacement du patient sur la table du scanner, toujours réalisable en raison de l'accessibilité des scanners de dernière génération et grâce aux techniques d'anesthésies adaptées à ce type de geste.

## GTS 08

### Radiofréquence à visée antalgique dans les douleurs rebelles des tumeurs osseuses

B. KASTLER, Z. BOULAHDOUR, E. RODIERE, F. G BARRAL, B. FERGANE, D. MICHALAKIS, F. TIBERGIEN, B.I. KASTLER, H. BOULAHDOUR, R. AUBRY

Radiologie A et Centre anti- douleur Hôpital Jean Minjot Besançon

L'arsenal thérapeutique habituel dans le traitement des tumeurs osseuses fait appel à la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie. Ces méthodes, ainsi que les antalgiques majeurs, demeurent souvent inefficaces devant les douleurs majeures engendrées dont les mécanismes sont variés.

Notre série porte sur 14 patients présentant des tumeurs osseuses. Les lésions doivent être accessibles par une voie percutanée sûre, atteindre au maximum 5 à 8 cm et être à distance d'au moins un voire deux centimètres d'une structure nerveuse. Pour raccourcir la durée de la procédure, les tumeurs supérieures à 2,5 cm sont traitées par électrodes multiples. Après anesthésie sous-cutanée, une première aiguille de 22 G est poussée jusqu'au centre de la tumeur : elle assure l'anesthésie sur le trajet et permet par technique de tuteur de guider aisément l'électrode RF jusqu'à la cible. Le courant RF est mis en route pendant 6 à 15 mn en fonction de la taille de la lésion (Radionics RF cool-tip et selon bipolaire).

Après traitement RF l'effet antalgique est immédiat. Un contrôle TDM est réalisé à huit jours et un contrôle IRM à un mois (tumeur remplacée par une zone de fibrose avasculaire avec prise de contraste périphérique). En cas de récurrence douloureuse et/ou tumorale la procédure peut être répétée. Dans les os porteurs le geste peut-être complété (à distance) par une cimentoplastie.

**Conclusion** : Sous contrôle tomодensitométrique, la RF des tumeurs osseuses est réalisable avec précision et apparaît comme un complément efficace du traitement des douleurs osseuses rebelles.

## DOULEUR ET ETHIQUE

### GTS 09

#### Le consentement dans la recherche clinique et son évolution à travers les rédactions successives de la déclaration d'Helsinki

Paulette FERLENDER, Bernadette LE NOUVEL, Frédéric BLOCH, Gabriel ABITBOL

*Non disponible*

### GTS 10

#### Problèmes éthique en chirurgie vasculaire périphérique

O. HAMDAN , E. ZERBINI  
Groupe éthique et douleur de la SETD

#### Faut-il être cancéreux pour mériter une antalgie ?

Le traitement de la douleur et les campagnes pour les cliniques sans douleur deviennent actuellement très redondantes.

En effet, depuis plusieurs années des conférences ont lieu sur le thème de la douleur dans toutes ses dimensions.

La prise en charge pluridisciplinaire, les CLUD et autres structures fleurissent à gauche et à droite (malgré quelques régions fort pauvres de ces structures).

Le corps médical et les soignants en général se lassent de la répétition des mêmes phrases et des mêmes recommandations.

Si la moyenne d'âge des patients en fin de vie augmente mais surtout se diversifie tellement, on risque un jour de voir des spécialistes en gériatrie (neurogériatres, gastrogériatres, ...).

Cette évolution met les médecins qui s'occupent de la douleur et surtout les soins palliatifs en position parfois inconfortable.

Leur premier rôle devient plutôt médecin éthicien que clinicien.

L'évolution de la science et de la médecine, surtout la chirurgie, l'anesthésie et la réanimation, ont permis de satisfaire une société qui cherche à maîtriser la mort et à éloigner son spectre le plus loin.

Depuis quelques années seulement, on en revient à la qualité au lieu de la quantité, au bien-être à la place du bien-faire.

C'est cette problématique qui a envenimé les discussions pluridisciplinaires ; qu'est-ce qu'une bonne qualité de vie ? ; sur quels critères ? ; quel est le sens de la vie et de sa qualité ?

La prolifération des aides pour les décisions éthiques a mis le doigt sur la gachette de l'euthanasie.

Dans le premier cas clinique, c'est surtout une discussion éthique sur le soulagement de la douleur et la facilité d'un geste chirurgical.

Dans la littérature, on retient le cas d'un homme de 81 ans qui souffre d'une gangrène artérielle ; la seule solution est l'amputation

Celle-ci a été refusée par le patient durant 15 mois. Le patient a souffert sans l'apport d'antalgiques ; on espérait lui faire accepter l'amputation.

Il a décidé de mourir de sa gangrène malgré des souffrances et des douleurs à tel point que le commentateur de l'article dit lui faire penser à St Augustin dans sa phrase : « seules certaines conditions précises peuvent amener l'homme à la religion ».

Le patient a toujours refusé de signer le consentement de l'intervention mais en présence de la douleur, il a demandé à Dieu de mourir, alors qu'il a toujours vécu athée.

« Dommage qu'il ne soit pas cancéreux ». L'approche serait complètement différente. Dans ce cas là, l'amputation n'est plus la priorité mais bien la qualité et le confort du patient.

Il est vrai que certaines chirurgies sont nécessaires pour les patients en soins palliatifs pour améliorer la qualité de vie mais dans le cadre d'un patient n'ayant pas de cancer, l'acte chirurgical de type amputation est tellement facile que le geste revient quasi à une appendicectomie mais les conséquences ne sont pas identiques. La souffrance du vécu est pénible, c'est de cela qu'il faut discuter.

Laisser souffrir le patient afin qu'il signe son consentement d'intervention ne revient pas à dire qu'il était éclairé.

Etre cancéreux pour mériter une antalgie, on est loin de pouvoir dire que les campagnes anti-douleurs et que le travail des soins palliatifs soient terminés.

Les structures sont là mais les attitudes ne changent pas.

L'autonomie à outrance pour le patient n'a pas de sens. Même à l'ère de la génétique et de la manipulation des embryons, le médecin reste toujours quelqu'un qui va accompagner le patient, le soigner souvent et le guérir rarement.

#### Bibliographie :

- Tentolouris N et coll : Mortality in diabetic and nondiabetic patients after amputations performed from 1990 to 1995 : A 5 year follow-up study .diabetes care 2004; 27:1598
- Christophe trivalle: éthique et soins palliatifs:qui, quand, comment ? Soins gerontologie N 44 novembre/décembre 2003
- Higgs R et coll : Earning his heroin but seeking release while the surgeon advises amputation ; journal of medical ethics 1987 13,43-48

### GTS 11

#### La douleur comme question à l'épistémologie et à la philosophie de l'esprit

Jean Claude FONDRAS

Service Douleur et soins palliatifs, Centre Hospitalier Jacques Cœur, 18020 Bourges

La douleur est devenue un objet du savoir et du savoir-faire médical, mais sa définition se dérobe aux intentions objectivantes et certaines questions hantent les laboratoires et les consultations. Est-ce une sensation ? Est-ce une perception ? Un fœtus peut-il ressentir la douleur ? Un animal souffre-t-il ? Comment expliquer les douleurs dites psychogènes ? Pourquoi un placebo est-il efficace ? L'examen des présupposés contenus dans les discours relatifs à la douleur nous conduit à aborder le problème récurrent des relations entre le corps et la subjectivité, que la tradition philosophique a pensé sous les termes de relation corps - âme ou, dans la philosophie de l'esprit contemporaine, sous les termes de relation corps - esprit. La douleur est-elle un comportement ? Est-ce un état fonctionnel ? Est-ce le cerveau qui souffre ? L'analyse nous amène à défendre hypothèse suivante : l'héritage du cartésianisme et celui de la médecine expérimentale nous conduisent à des apories où le « physique » et le « mental » sont antagonistes. Nos représentations des phénomènes nous induisent à

classer ceux-ci comme exclusivement soit « physique », soit « mental ». De là, les expressions couramment entendues du type : « cette douleur est bien réelle », ou inversement : « il croit avoir mal, mais il n'a rien », ou encore : « il est prouvé que le placebo soulage vraiment ». Le statut de la douleur est subjectif, même si la causalité est matérielle. Selon l'expression du philosophe John Searle, là où il s'agit de l'apparence nous ne pouvons faire la distinction entre réalité et apparence parce que l'apparence est la réalité. Il nous faut donc repousser le dualisme comme le matérialisme et assumer deux discours : celui du corps-objet et celui du corps-sujet, c'est-à-dire prendre en compte simultanément la constitution du savoir scientifique et l'expérience subjective telle qu'elle se livre dans la pratique clinique. La prise en compte de ce double discours du corps et sur le corps nous paraît préférable aux ambitions totalisantes à caractère métaphysique, qu'elles soient idéalistes ou matérialistes. Le seul discours possible sur lequel nous puissions nous accorder ne peut être que sémantique ou méthodologique, mais non ontologique. C'est pourquoi nous devons prendre au sérieux la définition de la douleur humaine comme expérience et être attentif à la phénoménologie de la douleur et de la souffrance. Celle-ci peut nous aider à penser la médecine et sa visée éthique dans la relation à l'homme souffrant.

#### Références :

- Buytendijk F.J.J., De la douleur, Paris, PUF, 1951.
- Changeux J.-P. et Ricoeur P., Ce qui nous fait penser. La nature et la règle, Paris, Odile Jacob, 1998.
- Porée J., Le mal. Homme coupable, homme souffrant, Paris, Armand Colin, 2000.
- Rey R., Histoire de la douleur, Paris, La Découverte, 1993.
- Searle J.R., La redécouverte de l'esprit, Paris, Gallimard, 1995.

## GTS 12

### La prise en charge de la douleur: le point de vue des étudiants en médecine

Alice TELLIER

Psychologue clinicienne;

Département d'Hématologie et d'Oncologie Médicale, Hôtel-Dieu de Paris.

Département de Psychologie Médicale, Faculté de Médecine de Créteil, Université Paris XII.

Le regard historique sur la relation de la médecine à la douleur "nous met en présence d'énigmes permanentes, de conduites ou d'attitudes apparemment inexplicables". Jean-Pierre Peter note "une ambivalence de lointaine origine" amenant à une "inattention à la douleur d'autrui" qui - à entendre les étudiants en médecine - persistent<sup>1</sup>.

L'interrogation sur les manifestations et les mobiles de cette résistance à la prise en charge de la douleur demeure donc nécessaire<sup>2</sup>.

Notre propos se base sur les discussions de cas cliniques apportés par les étudiants de première année de deuxième cycle des études médicales en stage dans différents services hospitaliers. L'enseignement de psychologie médicale a été conçu de façon à leur offrir un cadre de réflexion sur la relation médecin-malade à partir de ces premières expériences cliniques. Leur vécu est la matière de travail sur laquelle viennent se greffer, dans un deuxième temps, les outils conceptuels leur permettant de mieux comprendre les enjeux relationnels de l'exercice de la clinique médicale. Le cadre proposé est un travail en petits groupes animés par un médecin somaticien et un psychiatre ou psychologue. Nous avons sélectionné les cas cliniques concernant l'évaluation de la douleur et la réponse thérapeutique.

Les étudiants apportent - souvent avec étonnement - des situations où la plainte douloureuse a été disqualifiée par le soignant (médecin et/ou infirmière). L'étonnement vient du constat du décalage entre, d'une

part, les connaissances médicales sur le phénomène douloureux qui nourrissent le discours social ("la douleur n'est plus une fatalité") et, d'autre part, les pratiques soignantes quotidiennes. La discussion en groupe permet d'examiner les différentes dimensions de la situation, à savoir: le contexte institutionnel (type de service, organisation du travail soignant, structure spécialisée dans le traitement de la douleur), les modalités relationnelles soignant-soigné (représentations de la douleur, mécanismes de défense des soignants) et la position subjective de l'étudiant (réactions contre-transférentielles, mouvements identificatoires en tant qu'observateur...).

Le contenu des observations rejoint les données qualitatives de l'enquête placebo menée par le GTS Ethique et Douleur<sup>3</sup>. En ce qui concerne l'influence du cadre organisationnel sur les pratiques: alors même que le service dispose de moyens institutionnels optimaux (référént douleur, fiches d'évaluation, feuille de titration des morphiniques, etc), certains étudiants témoignent de la remise en question de "l'objectivité" du score EVA par le médecin. Pour ce qui a trait à l'écart formation/pratique: la composante psychique inhérente à toute plainte douloureuse n'est mise en avant que pour certains malades (dits "angoissés", "psychosomatiques", "hystériques") et justifie, par exemple, le recours systématique au placebo.

Ces observations nous amènent à considérer que les pratiques soignantes vis-à-vis de la douleur sont guidées par des représentations du phénomène douloureux qui "résistent" au savoir. Il semble donc fondamental de penser les modes de transmission du savoir médical en examinant les contenus et les méthodes pédagogiques susceptibles de favoriser le changement d'attitude chez les soignants de façon à rendre "applicables" les connaissances acquises dans le domaine de la douleur, et ainsi de nourrir la réflexion sur l'éthique de la relation soignant-soigné.

#### Références :

1. Peter J.-P., La médecine et la douleur du malade. Regard historique sur les lenteurs d'une évolution dans les consciences et les pratiques. Recueil des Actes du Congrès STD-SOFRED, juin 2000.
2. Roux L., Des résistances macro et micro-sociales à la prise en charge de la douleur. Recueil des Actes du Congrès SETD 2001.
3. Baty C., Fondras J.-C. et al., L'utilisation de placebos dans le traitement de la douleur: résultats de l'enquête préliminaire en milieu hospitalier. Doul. et Analg. 1, 17-23, 2004.

## DOULEUR ET EVALUATION

### Symposium avec le COLLEGE NATIONAL DES MEDECINS DE LA DOULEUR

Dr Patrick GINIES (Montpellier)  
Pr Claude DUBRAY (Clermont-ferrand)

#### GTS 13

### PMSI – Tarification à l'activité – Nouvelle classification commune des actes médicaux Autres missions – pour la consultation et l'hospitalisation.

Depuis six mois des évolutions administratives et tarifaires sont en train de changer les modalités d'exercice des structures de lutte contre la douleur pour le secteur public et privé.

Pour continuer à défendre et développer une activité clinique il faut au niveau local bien faire le recueil des différentes prise en charge en l'intégrant dans une cotation PMSI, grâce à la nouvelle CCAM, pour répondre à La T2A !!! Durant ce groupe de travail nous débattons de ces changements.

Le Dr Pierre AUBAS du Département d'informatique médicale du CHU de Montpellier montrera les enjeux et le rôle des chiffrages de ce système pour le financement de l'algologie.

Madame Marie-Pierre DERVAUX, cadre de santé (Montpellier) illustrera comment, dans chaque unité douleur décortiquer les types de prise en charge faites par le personnel soignant ou les médecins pour le codage et la comptabilité (*transcodification en CCAM des activités médicales et paramédicales en algologie : reflet de la réalité du terrain*).

Le Dr Etienne LAJOUS médecin algologue en cabinet et clinique privée (Toulouse), exposera en pratique le système de recueil informatique de tous les actes techniques et de soins de prise en charge algologique pour évaluer les ressources financières de la clinique de la douleur.

Un représentant du ministère de la santé et de la solidarité le Dr Rolland CASH (Paris) précisera l'état de la réflexion sur les Groupes Homogènes de Séjour, les implications de la T2A (tarification à l'activité) vis-à-vis de l'activité de lutte contre la douleur en consultation et en hospitalisation.

Enfin les activités des médecins de la douleur montrent que leur rôle dans la prise en charge globale, inclut des demandes de bilans d'ordre médico-social émanant des organismes de prestation, d'aide, ou de soutien. Le Dr Gérard CUNIN (Paris) chargé des problèmes médico-légaux au CNMD illustrera cette fonction d'audit de situations médico-sociales complexes autour de patients douloureux.

En conclusion le Dr Patrick GINIES Président du CNMD abordera l'évaluation des autres fonctions des équipes de soignants et de praticiens, liées à l'activité de prise en charge de la douleur : enseignement, recherche, encadrement, réseaux, travail entre plusieurs établissements, algologie de liaison dans les autres services, autoformation et enfin la difficile gestion des résistances à la jeune discipline qu'est l'algologie.

## DOULEUR ET GERIATRIE

#### GTS 14

### Douleur et démence chez le sujet âgé

Gisèle PICKERING

Centre de Pharmacologie Clinique, CHU de Clermont-Ferrand (63000)

Des travaux précliniques et cliniques ont mis en évidence des modifications de perception de la douleur, d'une part au cours du vieillissement, d'autre part lorsque les fonctions cognitives sont altérées. De plus, chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer, plusieurs études épidémiologiques ont montré une moindre consommation d'antalgiques par rapport à des sujets non-déments. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ces observations : diminution de la communication, moindre plainte douloureuse, altération physiopathologique de la perception douloureuse, modification de l'efficacité des faisceaux inhibiteurs descendants, déclin des systèmes de neurotransmission et des neurotransmetteurs. Ces différentes voies d'approche de cette problématique méritent d'être approfondies aussi bien chez l'animal que chez l'homme. En effet, les conséquences de modifications de perception douloureuse conditionnent l'évaluation, la reconnaissance et la prise en charge adaptées et efficaces de la douleur chez le sujet âgé souffrant de troubles cognitifs.

#### GTS 15

### Proposition d'un protocole de prescription des antalgiques chez les sujets âgés fragiles

Patrice RAT, Sylvie BONIN-GUILLAUME

Service de médecine interne gériatrique Pr Francis Hôpital Nord AP-HM. Marseille (13000)

L'ensemble des sujets âgés forme un groupe de patients hétérogènes. On distingue ainsi les patients âgés sains, les patients âgés fragiles (Frail Elderly) et les patients âgés malades ou en fin de vie. Peu de prises en charge thérapeutiques tiennent compte des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liés à ce terrain particulier: ceci explique la fréquence des effets secondaires rencontrés chez les patients âgés lors de la prescription (Etude PAQUID). L'utilisation inappropriée des antalgiques (qui sont des médicaments à "marge étroite" en particulier ceux de palier 2 et 3) chez ces sujets potentiellement fragiles expose le praticien à la survenue d'effets secondaires (5 à 25%) qui peuvent être redoutables. La prescription doit être réfléchie en tenant compte des critères définissant les sujets âgés fragiles: l'adaptation du traitement doit ainsi se faire non seulement par l'ajustement de la dose mais aussi par l'allongement de l'intervalle de prise avec une surveillance accrue de la survenue d'éventuels effets indésirables.

## GTS 16

### L'utilisation d'un pallier III chez la personne âgée : quel produit ? à quel moment ?

Marlène AMILHAUD

Unité Mobile de Soins Palliatifs Départementale – Centre Hospitalier de Guéret (23011)

L'évaluation de la douleur est souvent négligée notamment chez le patient non communicant : nous envisagerons les difficultés que rencontrent les cliniciens, la nécessité de toujours rechercher l'étiologie et la place du test thérapeutique. Nous discuterons ensuite comment respecter l'échelle OMS et comment utiliser les différents opioïdes de l'arsenal thérapeutique : Quels sont-ils ? Quels sont leurs avantages et leurs inconvénients ? Comment adapter le traitement en fonction des troubles métaboliques ?

## GTS 17

### « DOLOPLUS 2 » : Aide ou contrainte pour les équipes soignantes ?

F GAUQUELIN\*, S CHAPIRO, B WARY et le collectif DOLOPLUS

\*EMSPA, Centre hospitalier de Blois 41016 Blois cedex.

La prise en charge de la douleur s'est beaucoup modifiée depuis quelques années. Cet état de fait peut être mis en lien avec les besoins et attentes des patients et de leur entourage de plus en plus précis et exprimés, avec la sensibilisation et la formation des personnels de santé à la problématique « douleur » et à l'implication des politiques au travers en outre des plans de lutte contre la douleur successifs, des recommandations de l'ANAES.

Par contre, un élément ne s'est pas modifié : la première étape de la prise en charge de la douleur est l'évaluation de celle-ci par le patient, toujours si cela est possible et par les soignants si le patient ne peut effectuer une auto-évaluation.

DOLOPLUS 2 est une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur, élaborée et validée depuis 2000 par un groupe de gériatres franco-suisse en lien avec les soignants du terrain. Elle est mise à disposition des professionnels de santé pour permettre l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant une communication verbale altérée.

Cette échelle comporte 10 items qui correspondent à des observations cliniques en lien avec le comportement des personnes âgées douloureuses.

Regroupés en trois sous-groupes selon leur fréquence d'expression ( 5 items somatiques, 2 psychomoteurs et 3 psychosociaux), ils sont cotés selon quatre niveaux d'intensité progressifs et exclusifs de 0 à 3. Il s'agit d'une échelle d'évaluation quantitative de la douleur selon un score variant de 0 à 30, la douleur étant affirmée pour un score égal ou supérieur à 5 sur 30.

Cette évaluation nécessite une collaboration entre les personnels, une mise en oeuvre de la pluridisciplinarité déjà existante dans les secteurs gériatriques.

Mais le monde gériatrique a la particularité d'avoir un panel d'échelles pour dépister et évaluer les différents aspects de la polypathologie des personnes âgées.

Les soignants peuvent voir l'arrivée de DOLOPLUS 2 comme une échelle en plus, source de travail, nécessitant encore du temps, toujours plus de temps...

Certes l'utilisation de DOLOPLUS 2 demande un apprentissage, qui peut

être facilité par les différents outils pédagogiques existants ( cassettes vidéo, site internet). Il faut surtout dépasser certains préjugés ou idées fausses, relire l'échelle et les modalités d'emploi. Au travers des recommandations et des questions les plus souvent posées lors de l'utilisation il sera possible d'envisager DOLOPLUS 2 comme un outil d'aide à la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées quelquefois oubliées.

#### Références :

- Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation de la Santé. Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les sujets âgés non communicants. 2000

- WARY B. COLLECTIF DOLOPLUS. "Doloplus 2 : Echelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale". "La douleur des femmes et des hommes âgés", R. SEBAG-LANOË, B. WARY, D. MISCHÉLICH, JF. VILLARD Ed. MASSON, mai 2002, p 216-225

WARY B. "Douleurs chez les personnes âgées : quelques spécificités". Revue DOULEURS, Ed Masson, N° 5, novembre 2002, p 207-209

Site internet : [www.doloplus.com](http://www.doloplus.com)

Vidéo-thèques : « DOLOPLUS 2 » et « Et si c'était de la douleur ? »

## DOULEUR ET MEDECINE GENERALE

### GTS 18

Non disponible

## DOULEURS NEUROPATHIQUES

### GTS 19

#### Outils diagnostiques et évaluation clinique : de la recherche à la pratique quotidienne

Dr Haïel ALCHAAR

Département d'Evaluation et Traitement de la Douleur du CHU de Nice

Dr Didier BOUHASSIRA

Département d'Evaluation et Traitement de la Douleur de l'hôpital

Ambroise Paré Boulogne Billancourt

Dr Michel LANTÉRI-MINET

Département d'Evaluation et Traitement de la Douleur du CHU de Nice

Dr Gérard MICK

Réseau Douleur Voiron

Depuis ces dernières années, un certain nombre d'outils ont été développés dans le but de diagnostiquer et d'évaluer spécifiquement les douleurs neuropathiques. L'algologie française, sous l'impulsion du groupe de recherche du Département d'Evaluation et Traitement de la Douleur de l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne Billancourt, a été très présente dans ce mouvement et il est apparu nécessaire d'en faire un état des lieux lors de la réunion du GTS Douleurs Neuropathiques du congrès Douleurs 2004. Ainsi cette réunion permettra de présenter l'ensemble des outils validés en mettant en exergue les outils français que sont les questionnaires DN4 et NPSI. Les questionnaires DN4 (mis au point pour faciliter le dépistage des douleurs neuropathiques) et le questionnaire NPSI (développé pour faciliter leur évaluation) seront présentés dans une perspective de recherche clinique mais également dans une perspective de pratique clinique.

## DOULEUR ET PEDIATRIE

### GTS20

#### Etude NEOPAIN\* : devenir neurologique des nouveau-nés prématurés ventilés sous morphine

Ricardo CARBAJAL

Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. Hôpital Trousseau. Paris

\* NEurologic Outcomes Et Pre-emptive Analgesia In Neonates

Cet exposé comporte la présentation des principaux résultats de cette étude multicentrique, randomisée et en double aveugle conçue comme un test pragmatique de l'hypothèse que l'analgésie morphinique préventive, comparée au placebo, réduirait l'incidence de lésions neurologiques précoces chez les nouveau-nés prématurés ventilés. L'évaluation du devenir neurologique a été effectuée à l'aide d'un résultat composite comportant la mortalité néonatale, une HIV sévère, ou une LPV.

Des nouveau-nés prématurés ventilés inclus dans 16 unités de réanimation néonatale ont reçu des perfusions de placebo (N=449) ou de morphine (N=449) en double aveugle. Après une dose de charge (100 mcg/kg), des perfusions de morphine (23-26 semaines d'aménorrhée [SA] : 10mcg/kg/h ; 27-29 SA : 20mcg/kg/h ; 30-32 SA : 30mcg/kg/h), furent administrées pour une durée déterminée par l'état clinique de l'enfant, avec un maximum de 14 jours.

Une analgésie par morphine additionnelle (en ouvert) fut donnée à un nombre inférieur d'enfants dans le groupe morphine (N=203, 45,5%) que dans le groupe placebo (N=240, 54,2% ; p=0,01). Quatre types de comparaisons ont été réalisés. Tout d'abord et afin d'évaluer les effets de la perfusion continue de morphine chez les nouveau-nés prématurés ventilés, les auteurs ont comparé le devenir neurologique (résultat composite signalé plus haut) de (A) tous les patients randomisés, analyse en intention de traiter, et (B) des nouveau-nés qui n'ont pas reçu de morphine en ouvert. Ensuite, pour évaluer les effets de bolus intermittents de morphine, ils ont comparé le devenir neurologique des nouveau-nés qui ont reçu vs. ceux qui n'ont pas reçu de morphine en ouvert (C) à l'intérieur du groupe placebo, et (D) à l'intérieur du groupe morphine.

Les incidences du résultat composite principal (25,9% vs. 27,4%), de la mortalité néonatale (10,5% vs. 12,9%), de l'HIV sévère (10,5% vs. 13,1%), ou de la LPV (9,3% vs. 7,4%) étaient comparables entre les groupes placebo et morphine respectivement. Lorsqu'on compare seulement les nouveau-nés qui n'ont pas reçu de la morphine en ouvert, on observe que le groupe morphine a présenté une incidence plus élevée du résultat composite principal (23,7% vs. 15%, p=0,03) et d'HIV sévère (8,7% vs. 3,2%, p=0,02) que le groupe placebo, avec une augmentation du résultat composite principal (20,4% vs. 8,8%, p=0,025) chez les nouveau-nés de 27-29 SA et une élévation de l'HIV sévère (16,2% vs. 4,3%, p=0,05) chez les nouveau-nés de 23-26 SA. Cependant, il est possible que la lésion cérébrale ait déjà eu lieu avant que ces bébés aient été inclus dans l'étude, et que des signes cliniques tels que l'irritabilité aient induit l'utilisation des doses additionnelles de morphine. Par conséquent, à l'heure actuelle, il n'est pas clairement établi si la lésion cérébrale a précédé ou suivi l'administration de doses supplémentaires de morphine.

NB : La partie française de cette étude (Hôpital de Poissy Saint Germain en Laye, Site Poissy) a été financé par la Fondation CNP.

### GTS21

#### Migraine de l'enfant

Dr Daniel ANNEQUIN, Dr Barbara TOURNAIRE

Centre de la migraine de l'enfant. Unité fonctionnelle d'Analgésie pédiatrique Hôpital d'enfants Armand Trousseau 75012 Paris  
daniel.annequin@trs.ap-hop-paris.fr

La migraine est la céphalée primaire la plus fréquente chez l'enfant. La céphalée est bilatérale, les crises sont plus courtes que celles de l'adulte, le sommeil est souvent réparateur. Beaucoup d'enfants présentent des tableaux mixtes associant migraine et céphalée de tension (moins intenses et de résolution spontanée), ce qui peut désorienter le praticien peu familier avec les céphalées de l'enfant. La majorité des enfants arrive à distinguer le "petit mal de tête" de la "grosse crise"; c'est sur cette dernière entité que doit porter l'analyse sémiologique pour caractériser la migraine. La céphalée est sévère et associée selon les cas à des nausées voire des vomissements, une phono ou une photophobie. Des douleurs abdominales, des vertiges sont également souvent observés. Une pâleur inaugurale est très souvent retrouvée

Les facteurs déclenchants (stimulation sensorielle, sport, hypoglycémie...) sont à distinguer de la cause de la migraine dont l'origine génétique et familiale est maintenant mieux connue. La migraine n'est pas une maladie psychologique même si souvent des facteurs déclenchants de nature psychologique (pression scolaire, amélioration en vacances, contrariété...) sont régulièrement retrouvés. Le stress scolaire souvent générateur de crise est fréquemment mal interprété par les enseignants et les parents. Beaucoup d'enfants présentant d'authentiques migraines reçoivent des diagnostics de "sinusite", "trouble de la réfraction de convergence".

L'ibuprofène doit être privilégié en traitement de crise et doit être donné précocement, les voies rectale ou nasale seront utilisées en cas d'échec de la voie orale. **On ne doit pas prescrire de médicament morphinique** (faible ou fort) pour la crise migraineuse. Les traitements de fond non pharmacologiques (apprentissage de la relaxation, de l'auto hypnose...) doivent être privilégiés.

Certains syndromes récurrents de l'enfance sont considérés par l'International Headache Society comme des précurseurs ou des équivalents de crise migraineuse : le vertige paroxystique, la « migraine abdominale », les vomissements cycliques ; la migraine abdominale et la migraine céphalalgique présentent beaucoup de similitude concernant l'allure clinique (mêmes facteurs déclenchants, même évolution) et le traitement.

#### Crise de vertige paroxystique bénin

- Accès brusque de vertige sévère durant de quelques minutes à quelques heures avec résolution spontanée. Un nystagmus et des vomissement peuvent être présents
- L'EEG et l'examen neurologique sont normaux

#### Crise de migraine abdominale

- Crise durant de 1 à 72 heures
- D'intensité modérée ou sévère
- De caractère sourde ou irritative
- De localisation médiane ou peri-ombilicale ou mal localisée Possédant 2 des 4 caractéristique suivantes :
  - Pâleur
  - Perte d'appétit
  - Vomissements
  - Nausées

#### Crise de vomissement cyclique

- Accès épisodiques et stéréotypés d'intenses nausées et vomissement dont la durée varie de 1 à 5 jours
- 4 épisodes de vomissement par heure pendant une heure au moins.
- Aucune autre manifestation entre les crises

Un livret d'information pour les enfants, les familles et les professionnels est disponible sur internet ([www.migraine-enfant.org](http://www.migraine-enfant.org)).

## GTS22

### Douleurs persistantes et troubles somatoformes

Christine RICARD

Unité fonctionnelle d'Analgésie pédiatrique Hôpital Lapeyronie 34295 Montpellier

c.ricard@chu-montpellier.fr

Martine Paradis Service des Médecine Psychologiques des Enfants et Adolescents Hôpital Saint Eloi 34 295 Montpellier

Les consultations d'analgésie pédiatrique et les services de pédiatrie reçoivent fréquemment des enfants et des adolescents présentant des douleurs persistantes, invalidantes, accompagnées de troubles du comportement et de difficultés relationnelles importantes avec le milieu familial ou social.

Est ce la douleur qui est à l'origine de ces modifications de comportement et d'éventuels troubles fonctionnels et physiques ou s'agit il d'une plainte douloureuse, symptôme entrant dans le cadre de troubles somatoformes ? Les axes de traitement seront différents en fonction de la réponse, mais celle-ci n'est pas évidente.

La persistance d'une douleur impose toujours la recherche d'une étiologie organique et le traitement adapté de la cause identifiée. Si le substrat organique de la douleur n'est pas retrouvé au cours des investigations médicales ou si il existe un trouble physique identifié mais qui ne permet pas de rendre compte du retentissement majeur de la douleur, c'est l'exploration de l'aspect psychologique qui doit alors être privilégié.

On sait aussi qu'une douleur forte et persistante peut être à l'origine d'impotences fonctionnelles et entraîner des troubles physiques et comportementaux.

La recherche des causes physiques ou psychologiques est, dans certains cas, décevante, les résultats ne permettant pas toujours de faire un lien direct avec le caractère, l'intensité, la topographie et le mécanisme de la douleur.

Martine Paradis, pédopsychiatre, consultante dans l'unité d'analgésie pédiatrique, tentera, à partir des définitions actuelles des troubles somatoformes et de son expérience clinique de situer la place que peut prendre la symptomatologie douloureuse dans l'économie psychique, le développement et les interactions de l'enfant avec l'entourage médical, familial ou social plus élargi. Elle abordera la question posée par les différents diagnostics : syndrome douloureux somatoforme persistant, trouble des sensations non du à un trouble physique, survenant de façon concomitante à des événements inquiétants et ou conduisant à un intérêt accru de l'entourage ou des soignants. Le problème du diagnostic différentiel avec l'hystérie sera posé.

Quatre cas cliniques présentés par des différentes équipes seront discutés.

L'intérêt de la collaboration et de l'interdisciplinarité entre pédopsychiatres, médecins de la douleur, pédiatres et soignants est reconnu. Cette discussion sous forme de « table ronde » tentera de définir les modalités d'intervention des uns et des autres chez ces enfants et familles qui ne sont pas prêts à entendre que la manifestation douloureuse, située au niveau du corps, peut aussi ressortir d'un abord et d'un traitement à visé psychologique.

## DOULEURS PELVIENNES

*Non disponible*

## DOULEUR POST OPERATOIRE

*Non disponible*

## DOULEUR ET PSYCHOLOGIE : MÉMOIRES ET DOULEURS

### GTS23

Bernard LAURENT (Saint Etienne): Intégration cognitive de la douleur

Sandrine MARTINS (Chamigny): Présentation d'un cas clinique

Eliane FERRAGUT (Montpellier): Corps, mémoires et affects

Cette année, les membre du GTS psy de la SETD ont fait le choix de garder l'axe général du congrès en vous proposant trois interventions autour du thème « mémoires et douleurs ». Dans le titre les deux mots sont au pluriel et ce parce qu'il existe plusieurs concepts théoriques derrière ce que nous nommons la mémoire.

Demander à Bernard Laurent, neurologue, de tenter de faire un lien entre les avancées des neurosciences autour de la neuroplasticité, sorte de mémoire de la structure neuronale, et les mécanismes cognitifs est une épreuve à laquelle il a accepté de se prêter. Si dans le cadre du laboratoire la stimulation douloureuse en périphérie entraîne des modifications neuronales observables, sorte de fonction ascendante, est ce que des mécanismes cognitifs pourraient, eux aussi, entretenir ou induire une telle plasticité ?

Sandrine Martins vous proposera un cas clinique autour de l'observation d'une mère et de sa fille qui ouvrira une discussion sur le thème de la mémoire familiale.

Eliane Ferragut, bien loin du discours des neurosciences proposera une communication abordant la problématique des traces mnésiques et de la mémoire du corps. Nous serons là bien plus dans un modèle théorique psychanalytique que cognitiviste.

Ainsi, dans cette session, place sera donnée aux discours théoriques d'inspiration différente pour ouvrir la discussion et appréhender la complexité du matériel que nous mobilisons dans le cadre des prises en charge des patients douloureux.

