



HAL
open science

L'intérêt d'une approche pluridisciplinaire dans la prise en charge des douleurs chroniques de type neuroplastique.

Lili Gheysens

► To cite this version:

Lili Gheysens. L'intérêt d'une approche pluridisciplinaire dans la prise en charge des douleurs chroniques de type neuroplastique.. Congrès National de la Recherche des IUT, Université de Haute-Alsace (UHA) Mulhouse - Colmar [Université de Haute-Alsace (UHA)], Mar 2024, Mulhouse, France. hal-04619918

HAL Id: hal-04619918

<https://hal.science/hal-04619918v1>

Submitted on 21 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'intérêt d'une approche pluridisciplinaire dans la prise en charge des douleurs chroniques de type neuroplastique.

Lili Gheysens

Lili.gheysens@univ-lille.fr

IUT, Lille

GEA (Gestion des Entreprises et des Administrations)

Thèmes – Santé – Sciences Humaines – Sciences de l'Homme et Société

Résumé – Depuis la nuit des temps, guérisseurs et médecins du monde entier traitent les patients de manière holistique, c'est-à-dire qu'ils appréhendent l'esprit et le corps comme une entité indissociable. Toutefois, au XVIIe siècle, la médecine occidentale a opéré un virage significatif en choisissant d'aborder l'esprit et le corps comme deux entités distinctes. Selon cette perspective, le corps est envisagé comme une machine dont les pièces peuvent être réparées ou changées par la médecine moderne, tandis que l'esprit est perçu comme une entité indépendante sans liens intrinsèques avec le corps. Cette approche a conduit à d'importantes avancées chirurgicales et pharmaceutiques. Cependant, en négligeant l'impact de la vie émotionnelle et spirituelle sur le corps et ses maux, la médecine moderne arrive désormais parfois à ses limites lorsqu'elle doit faire face aux douleurs chroniques sine materia (sans cause structurelle) de types neuroplastiques (également appelées nociplastiques ou psychosomatiques). En effet, ces douleurs reflètent une interprétation erronée par le cerveau d'une menace, physique et/ou psychologique, pour l'intégrité corporelle ou existentielle, induisant ainsi une réponse de « peur », et donc de « douleur ». Par conséquent, il est nécessaire d'aider le cerveau du patient à se libérer de cet « état d'alerte chronique ».

Ainsi, cet article expose une nouvelle façon d'aborder ces douleurs sine materia en intégrant plusieurs outils thérapeutiques au sein de la méthode MBC (Mind-Body Connection) afin d'apaiser le Mind (esprit / cerveau), de remettre le Body (corps) en mouvement et enfin de rétablir les Connections (voies neuronales saines).

En complément des approches thérapeutiques traditionnelles, cette méthode propose une méthode pluridisciplinaire visant à traiter de manière globale la douleur chronique de type neuroplastique.

Mots-Clés – Douleur chronique, douleur sine materia, douleur neuroplastique, douleur nociplastique, douleur psychosomatique

2 Introduction

En 2022, grâce à la récente entrée en vigueur de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé, la douleur chronique a enfin acquis une reconnaissance en tant que maladie distincte. [1] Cette classification identifie également les douleurs *sine materia*, les qualifiant de « neuroplastiques ». Cette caractérisation repose sur l'observation selon laquelle les examens médicaux ne révèlent aucune manifestation lésionnelle objectivable et ne fournissent aucune explication organique ou physiologique aux symptômes. Parmi les affections incluses dans cette catégorie, on recense la fibromyalgie, le syndrome douloureux régional complexe, les douleurs musculosquelettiques, les céphalées, les migraines, le syndrome du côlon irritable, ainsi que les cervicalgies et les lombalgies.

Les douleurs neuroplastiques sont aussi fréquemment, bien que non systématiquement, associées à des troubles anxieux ou dépressifs et leur origine est multifactorielle. En effet, plusieurs années après un traumatisme ou un événement stressant, des facteurs déclencheurs (un autre traumatisme, un stress chronique, une blessure physique) peuvent faire naître des symptômes douloureux sans cause organique. Les facteurs psychosociaux, qu'ils soient d'ordre psychologique (traits de personnalité favorisant) ou social (aspects environnementaux) contribuent ensuite à leur chronicisation. Ces douleurs ont un retentissement majeur sur la vie quotidienne et suscitent une grande détresse émotionnelle chez les patients qui en souffrent.

Il est néanmoins essentiel d'établir une distinction nette entre les douleurs chroniques primaires *sine materia*, pour lesquelles la méthode MBC peut se révéler efficace dans la réduction des symptômes, et les douleurs chroniques secondaires. Ces dernières constituent les symptômes d'une maladie sous-jacente ou d'une lésion structurelle, telle qu'un cancer, une intervention chirurgicale, ou une neuropathie, pour lesquelles la méthode MBC peut contribuer à apaiser la vie avec la douleur chronique plutôt que d'en réduire directement les symptômes.

3 Le vrai ennemi du patient : la PEUR.

Depuis 1979, la douleur était définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en ces termes par le patient ». [2] Toutefois, en 2020, l'*International Association for the Study of Pain* a modifié cette définition. La douleur est désormais considérée comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle. » Cette

redéfinition représente un jalon majeur dans l'étude et le traitement des douleurs chroniques, car ce changement de paradigme implique un changement de stratégie thérapeutique. [3] La mention selon laquelle « le rapport d'une personne sur une expérience de douleur doit être respecté » souligne que les douleurs *sine materia* ne doivent plus être perçues comme étant « dans la tête » des patients, même si elles sont en définitive créées par leur cerveau [4].

Les douleurs chroniques de type neuroplastique reflètent une interprétation erronée par le cerveau d'une menace, physique et/ou psychologique, pour l'intégrité corporelle ou existentielle, induisant ainsi une réponse de « peur », et donc de « douleur ». Par conséquent, il est nécessaire d'aider le cerveau du patient à se libérer de cet « état d'alerte chronique », l'incitant à réapprendre à ne plus sur-réagir à chaque stimulus interprété à tort comme des menaces pour sa survie. Cette démarche implique la substitution des interprétations de type « danger » par des interprétations de type « sécurité », afin d'interrompre la génération des réponses de type « douleur ». [5]

4 La plasticité du cerveau : atout majeur mais aussi principale obstacle.

Les potentialités de notre système nerveux demeurent encore à explorer. Ce qui est prouvé c'est qu'au cours de son évolution, notre cerveau a subi des transformations pour s'adapter à nos usages et à l'évolution de l'espèce humaine. Plus une pensée est source d'émotions, plus la voie neuronale qu'elle emprunte devient efficace. Ainsi, les voies neuronales fréquemment sollicitées deviennent dominantes et plus rapides que celles moins utilisées, ce qui maintient le cerveau dans un état constant « d'apprentissage », il est perpétuellement en évolution. Cette faculté de transformation cérébrale est connue sous le nom de plasticité cérébrale ou neuroplasticité. Dans un contexte de douleurs chroniques, les voies neuronales associées à la douleur se développent et se renforcent en réaction à des facteurs variés tels que des événements stressants, des émotions refoulées et des pressions externes ou internes. Cette utilisation continue affaiblit donc progressivement les voies neuronales saines, celles associées à l'absence de douleur. Cependant, ces connexions résultent d'un processus d'apprentissage, et grâce à sa plasticité, le cerveau a la capacité de les « désapprendre ». Sur ce point, la communauté scientifique est encore divisée sur la manière dont ce processus s'opère. Le cerveau crée-t-il de nouvelles connexions saines, ou réactive-t-il les voies neuronales qui fonctionnaient correctement avant l'apparition des douleurs ?

Comme tout processus d'apprentissage, la guérison suit trois phases non linéaires. Pendant les plateaux, même si le patient a l'impression de « stagner », le cerveau apprend à

ne plus craindre et à ne plus déclencher de douleurs de manière intempestive. Les rechutes constituent des phases normales, courantes voire inévitables pendant lesquelles la plasticité cérébrale agit « contre » le patient. En effet, le cerveau n'a pas encore suffisamment consolidé les connexions « zéro-douleur » et demeure attaché à une réponse ancestrale bien ancrée, le fameux combat ou fuite, ce qui peut provoquer une aggravation ou une modification des symptômes. [6] Lorsque la phase de progression commence, le cerveau abandonne enfin son « addiction à la douleur ». La douleur, signal d'alarme du corps humain, précédemment dysfonctionnelle, a été reprogrammé.

5 La PRT : un outil novateur

En premier lieu, la PRT (*Pain Reprocessing Therapy*) remet en question l'idée selon laquelle la douleur est toujours un indicateur fiable de lésion tissulaire. Ensuite, elle vise à rompre le cercle vicieux entre la peur et la douleur. En diminuant progressivement le sentiment de danger perçu, elle instaure un état de sécurité pour le cerveau. Puis, en introduisant des expériences correctives positives, la PRT démontre au cerveau qu'aucun mouvement et qu'aucune émotion ne sont intrinsèquement dangereuses et à proscrire dans le cas des douleurs neuroplastiques. Ainsi, une reprogrammation progressive du cerveau s'opère. La dernière étape consiste à réduire le niveau global de peur, neutralisant ainsi les causes réelles et profondes des douleurs chroniques. Ce processus inclut l'apprentissage de la gestion émotionnelle, le traitement des traumatismes passés, la gestion des relations difficiles, et l'observation des comportements automatiques. [7]

Un essai clinique a été mené aux États-Unis sur 151 patients souffrant de lombalgie chronique depuis dix ans en moyenne. Les sujets ont été répartis de manière aléatoire en trois groupes : le premier a reçu les soins habituels, le deuxième a subi une infiltration placebo de solution saline au point le plus douloureux du dos, et le troisième suit la PRT. Après la thérapie PRT, 75 % des sujets ne ressentaient plus ou presque plus de douleur. Les effets à long terme étaient également notables, avec une intensité de douleur maintenue à 1,5 sur 10 un an après le traitement. En comparaison, seulement 20 % des patients ayant reçu l'infiltration placebo et 10 % du groupe traité habituellement ne souffraient plus ou presque plus. [8]

6 La méthode MBC (*Mind-Body Connection*) : une approche pluridisciplinaire

La méthode MBC se fonde sur la PRT, mais également sur d'autres outils thérapeutiques. L'approche thérapeutique s'attache à **apaiser le Mind** (esprit) grâce à l'art-thérapie, l'éducation thérapeutique, l'(Auto)hypnose, la méditation, l'*Emotional Freedom Technique* et l'écriture expressive. Puis, la méthode **remet le Body (corps) en mouvement** grâce à un travail sur l'image corporelle, à la

visualisation, la marche, le sport et le Yoga adapté et au prāṇāyāma (technique de respiration). Enfin, **on rétablit les Connections (voies neuronales saines)** grâce à l'ancrage, à la Programmation NeuroLinguistique, à la Communication Non Violente, au tracking somatique, à des techniques de développement personnel et à une meilleure hygiène de vie (sommeil, alimentation...).

7 Conclusions

La méthode MBC représente une approche novatrice et complémentaire dans la gestion des douleurs chroniques de type neuroplastique. En complément des méthodes de prise en charge traditionnelles, elle met à la disposition des patients une palette d'outils variés parmi lesquels ils peuvent choisir ceux qui correspondent le mieux à leurs besoins. L'objectif de cette approche va au-delà de la simple réduction des symptômes quotidiens, visant surtout à rétablir les fondements d'une vie saine et équilibrée afin de prévenir les récurrences. Des études à plus grande échelle dans ce domaine seraient pertinentes et pourraient apporter des éclairages substantiels.

8 Remerciements

L'auteure exprime toute sa gratitude au Dr Nectoux (MCU - PH Chirurgie Orthopédique Infantile, CHU Lille), au Dr Schubiner (Fondateur du Mind Body Medicine Center) et à A. Gordon (Psychothérapeute, Fondateur du Pain Psychology Center) pour leur soutien dans l'écriture de *J'ai mal mais je me soigne*. (Éd. City Éditions, fév.2024) et *Bye, bye douleur chronique !* (Éd. Favre, sept. 2024).

Références

- [1] <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>
- [2] "Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy." *Pain* vol. 6,3 (1979): 249.
- [3] Raja, Srinivasa N et al. "The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises." *Pain* vol. 161,9 (2020): 1976-1982. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939
- [4] Vader, Kyle et al. "La définition révisée de la douleur de l'IASP et les notes complémentaires : les considérations pour la profession de la physiothérapie." *Physiotherapy Canada. Physiothérapie Canada* vol. 73,2 (2021): 106-109. doi:10.3138/ptc-2020-0124-gef
- [5] eCenterClinic. *Pain Course*. Maquarie University. 2023
- [6] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>
- [7] *The Way Out: A Revolutionary, Scientifically Proven Approach to Healing Chronic*, A. Gordon, A. Ziv, 2021.
- [8] Ashar, Yoni K et al. "Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical Trial." *JAMA psychiatry* vol. 79,1 (2022): 13-23. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.2669