



Liste d'informations issues de la recherche fondamentale et de l'observation clinique  
Qui ont initié des réponses en **DEDOLORTHERAPIE®**

---

## La DEDOLORTHERAPIE®

La DEDOLORTHERAPIE® est une méthode de soins qui offre aux thérapeutes manuels un atout supplémentaire pour prendre en charge efficacement le stress, la douleur chronique et le handicap moteur. Avec plus de 15 ans d'expérience et de résultats validés en centre hospitalier privé, dans 80% des cas, le patient nomme un **résultat de soulagement de la douleur dès la première séance**. La DEDOLORTHERAPIE® se positionne prioritairement dans le traitement et la prévention de la douleur chronique et du handicap moteur et comportemental.

## La douleur

La douleur aiguë participe sans aucun doute au fonctionnement normal des organismes humains, garantissant ainsi leur propre survie. Sans douleur, pas d'information, pas de survie. La douleur a du sens, puisqu'elle constitue un mécanisme de défense et de protection en générant des comportements qui ont pour but d'agir sur ses causes et ses conséquences.

## La souffrance

La douleur devient souffrance lorsqu'elle n'a plus de sens, lorsque les réactions qu'elle génère n'apportent pas le soulagement attendu, espéré : elle devient chronique et amène l'être humain à épuiser ses capacités adaptatives, et à voir s'installer des modifications de l'homéostasie en modulant les grandes fonctions, laissant la place à une charge allostatique. On retrouve ainsi le schéma classique du stress avec ses phases : alarme - adaptation - épuisement.

## Le stress

Le stress est un processus physiologique qui sert à l'humain à être informé et à s'adapter à tout changement significatif de son environnement ou de son milieu interne. Il vise à maintenir l'équilibre homéostatique, assuré par 4 grands systèmes :

- SNA (Système Nerveux Autonome),
- SNC (Système Nerveux Central),
- Endocrinien (axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien),
- Immunitaire.

Ces 4 systèmes communiquent entre eux de façon précise grâce à :

- la production de médiateurs communs (hormones, cytokines, neuromédiateurs, neuropeptides),
- la présence de récepteurs spécifiques à chacun d'eux.

Du fait de la communauté des voies qu'ils empruntent et des médiateurs et récepteurs qu'ils utilisent, des stress de natures différentes :

- Physique : blessure, douleur, chirurgie,...
- Psychologique : anxiété, peur, joie
- Infectieuse,
- Toxique,

Peuvent avoir des effets convergents.

Cette communauté d'effets conduit réciproquement à considérer comment des actions thérapeutiques de natures différentes pourraient conjuguer leurs actions

## **Recherches fondamentale et cliniques**

Les recherches fondamentales et cliniques en Psycho-Neuro-Immunologie nomment clairement la douleur comme un stress. La **DEDOLORTHERAPIE®** prend en compte la douleur chronique en tant qu'agent stressant et les perturbations qu'elle génère à ce titre dans les systèmes de l'humain.

2 critères sont à prendre en compte pour la douleur et le stress : **intensité et durée.**

### **1. Importance du contexte émotionnel : l'anxiété, la peur de la douleur et du handicap sont plus invalidants que la douleur elle-même.**

CROMBEZ et AL. - 1999 /ASMUDSON et AL. - 1999/VLAEYEN et LINTON - 2000

Il est impératif de modifier le contexte émotionnel qui accompagne la douleur, le handicap, afin de sortir le patient de ses comportements réflexes d'évitement. L'association peur et évitement est reconnue comme étant un moteur du développement des douleurs chroniques

LETHEM et AL. - 1983/PHILIPS - 1987/VLAEYEN et AL.- 1995

### **2. La douleur chronique est un stress, et à ce titre, peut bénéficier des recherches et techniques de gestion du stress**

H. SELYE - 1974/F. HAOUR, M. CRUMEYROLLE - ARIAS - 2003

Rendre le patient acteur en lui proposant une véritable association dans un mode opératoire qu'il supervise. Obliger le patient à devenir acteur de son stress :

- agir assez tôt pour ne plus avoir à réagir, à subir,
- avoir le choix du mode opératoire,
- être accompagné dans cette démarche thérapeutique.

**KARASEK et THEORELL** expriment ce pouvoir d'agir dans un modèle notamment à travers une composante individuelle : l'autonomie. Il faut obtenir un résultat dès la première séance pour être crédible auprès du patient.

### **3. La douleur entraîne la sécrétion de médiateurs chimiques algogènes locaux et généraux, entre autres dans la peau, lesquels entraînent la douleur chronique. Ils sont à l'origine de l'inflammation neurogène : CGRP (Calcitonine Gene Related Peptide et Substance P)**

BESNE, JP CLOT, L. MISERY, L. BRETON - S.P.I. 2003/DAMASIO - 1995

Il faut évacuer ces substances chimiques mécaniquement, en soumettant la zone douloureuse à une pression pour créer un effet de chasse et ainsi la vider de son contenu algogène (effet thixotropique).

### **4. La douleur chronique s'apprend, sous forme de véritables scripts réflexes entre l'apparition de processus biologiques internes et des perceptions sensorielles**

J.M. TURIN - S.P.I. - 2003

Rompres l'auto-alimentation du script réflexe, en changeant deux éléments de ce système complexe, c'est-à-dire l'afférence sensorielle initiale (douleur, raideur, etc....) et la structure du tissu porteur du symptôme.

### **5. La douleur chronique entraîne une augmentation de tension dans les zones souffrantes créant des abcès de douleur (congestion, inflammation)**

Obtenir la décongestion, comme dans le point 3

## **6. La douleur chronique crée de véritables phobies nécessitant une désensibilisation par rapport à l'agent stressant : la douleur.**

En tant que Thérapie Cognitive et Comportementale, la DEDOLORTHERAPIE® utilise la douleur comme vecteur de communication.

## **7. Contrôles neurobiologiques inhibiteurs de la douleur**

- segmentaires (Gate Control), effet TENS,
- centraux (CIDN, opérationnels si la stimulation est nociceptive, ce qui implique d'utiliser la douleur comme vecteur de communication).

Les CIDN sont des systèmes inhibiteurs puissants de la douleur, ils sont activés lorsque l'on provoque de la douleur sur une zone différente de la zone porteuse du symptôme (stratégie thérapeutique utilisée en DEDOLORTHERAPIE® dans le cas d'hyperalgies telles que algoneurodystrophies).

## **8. Principaux critères de la personnalité psychosomatique du douloureux chronique**

- l'alexithymie,
- la répression émotionnelle,
- la pensée opératoire.

Il faut aider le patient à sortir de ces véritables handicaps comportementaux

SM. CONSOLI. - 2003

Apprendre à sentir, à verbaliser, à sortir de l'alexithymie pour pouvoir ressentir, sentir à nouveau.

## **9. Le stress et la douleur nous détruisent, nous amènent à la souffrance lorsqu'on les subit sans pouvoir les maîtriser, en agissant par un comportement adapté**

- Idem point 2

**10. La société nous amène à ne plus sentir, à ne plus entendre, les messages qui viennent de notre milieu interne, étant trop centrés sur nos missions. Nous ne percevons plus les limites biologiques. La seule limite qui nous informe et nous arrête alors, est la douleur. Il y a désorganisation dans la relation corps-cerveau : le cerveau n'est plus à l'écoute biologique du corps**

D. ANZIEU « le moi-peau »

- Idem point 2, travail sur les limites

**11. La douleur devient de la souffrance quand elle n'a plus de sens, qu'elle ne joue plus son rôle d'information neurobiologique. Il faut redonner du sens à la douleur, pour ne plus en avoir peur. Si dans la douleur aiguë la règle de la « non douleur » est admise, dans la douleur chronique, il faut lutter contre les comportements d'évitement et pour cela, confronter le patient à la douleur dans des conditions émotionnelles qui lui permettent d'apprendre de nouveaux comportements abréactifs.**

Utilisation de la douleur comme vecteur de communication, associée à la supervision du patient

## **12. La douleur fragmente le schéma corporel, après avoir perturbé le schéma sensoriel puis le schéma moteur**

La reprogrammation de la proprioception passera impérativement par la perception de nouvelles afférences sensorielles qui seront assurées par la douleur en tant que vecteur de communication : recréer d'abord impérativement un schéma sensoriel, puis un schéma moteur.

**13. L'aspect statique, permanent, des sensations corporelles va entraîner la perte de conscience de ces zones corporelles. Pour reprendre conscience, il faut les sentir, et pour les sentir, il faut les remettre en mouvement, en créant de nouvelles afférences sensorielles.**

Recréer un nouveau script entre processus biologique et perception sensorielle

**14. La douleur chronique nécessite, pour les MK ré adaptateurs, d'utiliser des thérapies cognitives et comportementales**

M. MOREL-FATIO et E. DE MARQUE - KS 10/2004

Utilisation des techniques de modification comportementale vis-à-vis de la douleur. Redonner du sens à la douleur pour sortir de la souffrance.

**15. La douleur s'apprend (culturelle, familiale, sociale,...) ; ce qui est appris ne peut être enlevé ; il faut faire un nouvel apprentissage qui viendra peu à peu remplacer le précédent. Cela implique d'apprendre différemment une nouvelle douleur qui chassera la précédente**

On peut envisager que le désapprentissage de la douleur chronique va nécessiter que le couple praticien-patient modifie le contexte émotionnel anxiété-peur, qui accompagne la douleur.

Pour désensibiliser le patient, comme dans le cadre des phobies, par rapport à l'agent stressant (ici, la peur de la douleur), il faut faire vivre au patient une douleur sur la zone initialement souffrante, qui ne provoque plus la moindre appréhension ni réaction.

Nous sommes placés là devant le fait que l'émotion est prise « comme marqueur somatique » (DAMASIO - 1995). En effet, les neurobiologistes (VINCENT - 1986, FAVRE - 1992, DAMASIO - 1995) s'accordent sur le fait que « le traitement cognitif et le traitement émotionnel sont anatomiquement fonctionnellement interdépendants. »

---

Face à des douleurs, des handicaps fonctionnels, à des stress chroniques, le praticien doit prendre en compte toutes ces informations pour exercer un acte thérapeutique efficace.

La DEDOLORTHERAPIE® y parvient simplement dans son processus global corps-cerveau.