

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—
**volume 2005
publié le 30.11.2005**



*VINGT-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2005*

Prise en charge pluridisciplinaire des douleurs pelviennes chroniques de la femme

S. JUNG¹, C. REMPP¹, M.-T. HAERINGER¹, T. SIMON¹,
C. MEYER¹, B. SCHOETTEL¹, I. NISAND²
(Strasbourg)

INTRODUCTION

Entre le gynécologue chirurgien, qui prend en charge l'éventuelle composante organique de la maladie douloureuse, et le psychiatre, qui souvent ne peut que mesurer l'impact de la souffrance psychique, se creuse un vide qui génère de l'angoisse, tant pour la patiente que pour le thérapeute. C'est cette angoisse qui est à l'origine d'une quête médicale sans fin.

La prise en charge pluridisciplinaire de la maladie douloureuse vient occuper ce vide et prend ici sa place.

La pluridisciplinarité constitue le lien entre l'organique et le psychique dans une vision globale de l'être humain. Elle instaure un lien novateur entre les thérapeutes. Et surtout elle restaure la confiance par des résultats souvent inespérés par des patientes excédées.

1. Centre de prise en charge des douleurs pelviennes chroniques de la femme – SIHCUS
CMCO – 19 rue Louis Pasteur – 67300 SCHILTIGHEIM

2. Département de gynécologie et obstétrique – CHU de Strasbourg – Avenue Molière
– 67200 STRASBOURG

LA DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE (DPC)

L'IASP (*International Association for the Study of Pain*) définit la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion.

La douleur est qualifiée de chronique lorsqu'elle dure depuis au moins 6 mois.

La douleur chronique n'est plus représentée comme un symptôme, mais comme une maladie multifactorielle avec des composantes sensitivo-discriminatives, affectivo-émotionnelles et cognitivo-comportementales.

Quant à la localisation pelvienne de la douleur, celle qui va préférentiellement interpeller le gynécologue, on comprend sa fréquence, vu l'extrême richesse des terminaisons nerveuses du petit bassin autour d'organes chargés d'une symbolique fonctionnelle très grande.

LA DPC ET SON IMPACT

La DPC constitue un problème préoccupant au plan médical, médico-social et en termes de santé publique.

Ainsi, aux USA, 10 % des consultations en gynécologie mais surtout 40 % des coelioscopies et 12 % des 600 000 hystérectomies annuellement effectuées concernent la douleur pelvienne chronique. Il en est de même dans notre pays.

Deux concepts s'opposent dès lors qu'est abordé le problème de l'étiologie et du traitement de cette douleur devenue chronique. Les organicistes traquent « la lésion » par tous les moyens. Ainsi sont mis en œuvre à côté de la clinique de nombreux examens complémentaires. La biologie systémique et locale recherche des marqueurs de l'infection ou des tumeurs. L'imagerie médicale est mise à contribution par l'intermédiaire des échographies, des radiographies, des scanners et explorations par IRM. La coelioscopie est quasi systématique et recherche les stigmates de l'endométriase, les adhérences, les malpositions utérines, les ectasies veineuses et les dystrophies péritonéales. Les meilleurs auteurs recommandent dans leurs écrits qu'au moindre doute l'examen doit être renouvelé. Ceci conduit à une débauche

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

d'examens complémentaires onéreux qui confirment l'absence de lésion organique accessible à un traitement spécifique dans 30 à 40 % des cas.

Tableau I. Pathologie chez des femmes ayant une douleur pelvienne chronique. (repris d'après Collett B)

Auteurs/dates	nombre	endométrioses	adhérences	négatif
Liston (12)	134	6 (5 %)	21 (16 %)	102 (76 %)
Lundberg (6)	95	13 (14 %)	29 (31 %)	37 (39 %)
Beard (13)	35	3 (17 %)	6 (33 %)	17 (49 %)
Cunanan (14)	1194	43 (4 %)	229 (19 %)	355 (30 %)
Kresch (4)	100	32 (32 %)	38 (38 %)	17 (17 %)
Rapkin (15)	100	37 (37 %)	26 (26 %)	36 (36 %)
Vercellini (16)	126	41 (33 %)	31 (25 %)	47 (37 %)
Stout (17)	90	46 (51 %)	35 (39 %)	19 (21 %)
Mahmood (18)	156	24 (15 %)	43 (28 %)	89 (51 %)

Le tableau I illustre bien cette fréquente carence diagnostique (diagnostics par coelioscopie).

Le coût des traitements et prise en charge est élevé pour les médicaments (une endométriose minimale peut justifier des mois de traitement par analogues de la LHRH), mais aussi pour l'hospitalisation ou l'arrêt de travail.

De plus, la DPC a un surcoût invisible et non mesurable fait de souffrance humaine, de drames personnels, familiaux et sociaux.

LE QUESTIONNEMENT DU CLINICIEN

Pour beaucoup, la DPC est a priori organique et justifie des actes thérapeutiques à la hauteur de la gêne occasionnée, qui vont jusqu'à l'hystérectomie en dernier recours. On peut cependant facilement admettre la possibilité qu'une plainte douloureuse ait une étiologie ou une composante psychique. Ce label étiologique est souvent vécu comme un échec par le médecin et par la patiente. Pour le médecin, le diagnostic d'algies psychogènes est appréhendé comme un miroir de son incompétence car il ne sait ni comment annoncer ni comment gérer ce problème.

Pour la patiente, le qualificatif de douleurs psychogènes est un non-sens et ce terme est vécu comme un rejet, une non-validation, une non-acceptation de sa plainte.

Déçue par les propos qui lui sont tenus, la patiente part en quête d'un autre interlocuteur qui, malheureusement et pour elle et pour la société, reproduit les mêmes examens avec les mêmes résultats, le même schéma diagnostique et thérapeutique.

Cette quête sans fin (ce *shopping* médical pour nos collègues anglo-saxons) débouche encore trop souvent, en Europe comme aux USA, sur un geste chirurgical qui aura lui-même ses propres conséquences algiques, cycle infernal de la douleur très brièvement calmée par la chirurgie. Le concept qui dit que pour extirper la douleur, il faut extirper l'organe est encore très répandu ; or, après l'hystérectomie, les patientes continuent de souffrir et, pour celles qui sont améliorées, le résultat emprunte dans 50 % des cas la voie d'un effet placebo.

Ces contraintes, ces difficultés, ces échecs diagnostiques et thérapeutiques n'ont pas manqué d'interpeller le corps médical. L'accent est le plus souvent mis sur la nécessité d'une prise en charge globale de la douleur, et les centres de la douleur sont actuellement opérationnels dans toutes les universités de la plupart des grandes villes de France. Si toutes les douleurs peuvent potentiellement relever d'un centre classique polyvalent, il n'en est pas moins vrai que la DPC de la femme comporte des spécificités d'étiologie, de terrain et d'approche qui justifient de la singulariser au plan théorique comme au plan pratique. C'est en tout cas la stratégie qui a été acceptée aux USA où il existe à ce jour plusieurs centres dédiés à la prise en charge des DPC. Des résultats intéressants ont été obtenus dans ces centres et nous ont incités à tenter de reproduire une structure analogue.

LE CENTRE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

Il s'agit d'un centre inséré dans une structure hospitalo-universitaire ou hospitalière ayant une triple mission de soins, d'enseignement, de recherche. Il regroupe des médecins et des soignants de spécialités différentes agissant en commun et en concertation sur les mêmes patientes.

Mode de travail de chacun des intervenants

La consultation gynécologique

Elle se rapproche singulièrement d'une consultation de gynécologie psychosomatique, avec les spécificités liées au symptôme douleur qui demande et nécessite un soulagement, donc une connaissance pharmacologique spécifique en algologie. L'évaluation objective du dossier médical clinique en rapport avec le symptôme tant sur le plan diagnostique que thérapeutique est un temps fondamental. C'est la nature scientifique de la relation entre le médecin et le patient.

Savoir écouter la plainte douloureuse et en découvrir les contenus latents, établir une relation sécurisante, afin de contenir les angoisses et les affects représente la base et la permanence de la consultation en DPC. Il s'agit de la nature psychologique dans la relation entre le médecin et le patient.

Cette consultation a pour but de permettre au patient d'adhérer à la démarche thérapeutique proposée (prise en charge pluridisciplinaire au centre de la douleur pelvienne chronique) et d'y avoir une participation active. Et c'est le temps nécessaire à la prise de conscience qui amènera la patiente à réfléchir au fait que sa douleur peut être articulée à autre chose.

De son côté, le gynécologue, à la fin de cette consultation, pourra dire s'il s'agit d'une douleur à composante organique dominante, d'une douleur à composante psychologique dominante ou d'une douleur mixte.

Les patientes sont prises en charge dans le Centre de la douleur pelvienne chronique en hospitalisation de jour. Chaque journée d'hospitalisation correspond à une séance de prise en charge par chacun des intervenants, donc en unité de lieu et de temps (une journée). Ces séances de prise en charge sont habituellement espacées de 3 semaines. Les patientes reverront le gynécologue à la 7^e séance, à la fin de la prise en charge et, bien sûr, à la demande ou lors de la prescription d'antalgiques et/ou de toute autre médication.

La consultation de la psychologue clinicienne

La psychologue propose en première intention une écoute attentive de la plainte douloureuse. Elle engage la patiente à préciser le contexte de l'émergence de la douleur, de son évolution, sa gestion, son impact sur elle et son entourage.

À l'aide des tests projectifs elle évalue les composantes de la structure psychopathologique sous-jacente, les modes de défense, les possibilités de mobilisation psychique.

Des entretiens cliniques réguliers permettent par la suite un travail de parole, d'élaboration des mécanismes inconscients à l'œuvre dans la constitution de son état de souffrance.

La consultation d'acupuncture

L'acupuncture est connue et validée pour ses effets sur la douleur. Ses effets validés sur la dépression et l'anxiété rendent son utilisation encore plus opportune. Dans la prise en charge pluridisciplinaire, l'analyse clinique selon les principes de l'acupuncture montre sa pertinence comme modèle d'approche des mécanismes physiques et psychiques.

La consultation de kinésithérapie

Thérapeutiques utilisées :

- Massages manuels ;
- Microkinésithérapie ;
- Techniques de prise de conscience corporelle ;
- Techniques de relaxation-détente ;
- Physiothérapie, enveloppements chauds, froids ;
- Exercices corporels basés sur les mouvements, la respiration, l'écoute des sensations corporelles ;
- Gymnastique hypopressive selon Marcel Caufriez ;
- Drainage lymphatique ;
- Réflexothérapie ;
- Postures d'étirement (*stretching*) ;
- Travail éducatif en matière de gestes et postures.

Outils d'évaluation

Pour le gynécologue

Entretien semi-structuré selon la grille présentée en ANNEXE 1.

Pour la psychologue clinicienne

Les tests projectifs comprennent le test de Rorschach, le test de TAT (*Thematic Aperception Test*), le test de Koch, entre autres.

Pour les kinésithérapeutes

Les bilans de kinésithérapie :

- Microkinésithérapie, permettant d'apporter des éléments diagnostiques à partir des restrictions présentées par le corps ;
- Palpatoire, capacités et limites physiques, qualité des tissus, souplesse articulaire, tonicité musculaire, qualité de la peau ;

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

- Présentation posturale, en station couchée, assise ou debout

Suivi de la douleur et de la cénesthésie (mal-être) par EVA

Des questionnaires sont remplis par les patientes, et régulièrement dépouillés.

Les questionnaires comprennent :

- Questionnaire de présentation générale de la patiente et de la douleur, avec motivation de la patiente à se faire prendre en charge ;
- Schéma topographique et descriptif de la douleur ;
- Échelle d'évaluation visuelle analogique (EVA) de la douleur (score de 0 à 10, en nombres entiers) ;
- Échelle de retentissement émotionnel (HAD: *Hospital Anxiety and Depression scale*) permettant d'établir un index de dépression (HADd) et un index d'anxiété (HADa) ; scores de 0 à 21 pour chacun des critères, la valeur seuil significative étant 11 ;
- Échelle de retentissement de la douleur sur le comportement quotidien (ERDC, modifiée par ajout d'une rubrique supplémentaire concernant la sexualité) ; score de 0 à 70 (7 rubriques évaluées chacune de 0 à 10) ;
- Évaluation du coût économique sur les trois derniers mois (consommation médicamenteuse, nombre de consultations médicales, examens pratiqués) ;
- À partir du 2^e questionnaire, s'ajoutent les échelles de mesure d'intensité douloureuse et de soulagement (ISD, indice de soulagement de la douleur), évaluées selon trois modalités ou échelles : visuelle analogique, numérique et verbale simple.

Les questionnaires sont remplis en début de prise en charge (questionnaire Q1), à la 7^e séance (questionnaire Q2), en fin de traitement (questionnaire Q3) et un an après la fin de la prise en charge (questionnaire Q4). À titre d'exemple, le questionnaire Q1 figure en ANNEXE 2.

D'autres tests sont également repris (dessin du corps, de l'arbre, etc.) mais ne font pas l'objet de cette étude. Les questionnaires semi-structurés avec le gynécologue sont repris systématiquement. Leur évaluation n'a pas été exploitée dans ce travail.

Les stratégies pluridisciplinaires

Les recommandations de l'ANAES

Les recommandations de l'ANAES sur les douleurs chroniques sont formulées ainsi :

«... À l'issue de cette évaluation comportant notamment un entretien (grille d'entretien semi-structuré) et des échelles d'évaluation, on aura pu documenter l'importance du syndrome douloureux. Ces informations, couplées à la notion de durée d'évolution, devraient aider à la décision de demande d'avis spécialisés, d'orientation vers un réseau multidisciplinaire plus ou moins structuré, ou l'envoi vers une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur... » et «... il semble que les programmes multidisciplinaires associant une prise en charge de la douleur, des séances d'éducation et de conseils, de l'exercice physique et un accompagnement psychologique soient les plus performants pour atteindre les objectifs fixés... ».

Description du travail pluridisciplinaire au Centre de la DPC de Strasbourg

La pluridisciplinarité apporte une dimension autre que la simple conjugaison des moyens.

Dans un premier temps, chacun des thérapeutes apporte sa compréhension, son impression diagnostique et sa proposition thérapeutique. Ceci représente la part habituelle du travail pluridisciplinaire tel que proposé par l'ANAES.

Nos différences de vision thérapeutique nous enrichissent les uns les autres ; même, plus loin, nous construisent, élargissant notre champ de compréhension, puis d'imagination thérapeutique. Chacun s'oblige à expliquer ce qu'il ressent, ce qu'il fait, ce qu'il vit. À décrire sa perception de chaque patiente par la parole. Pas seulement une parole technique, pas une parole de sachant, hermétique par sa précision particulière, mais une parole à l'autre qui nécessite qu'on se préoccupe de la manière dont l'autre pourrait la recevoir. Le risque d'incompréhension et de juxtaposition banale des savoirs est grand et justifie dans notre travail de groupe une prévention particulière par la densité de la parole. Tout en expliquant son savoir spécifique et son insuffisance générale, chacun de nous a dû réfléchir, pour exprimer son intime conviction en des mots recevables par les autres avec le moins de confusion et avec le maximum de convergence. Pour remplacer la juxtaposition par l'intégration.

Cette rencontre hebdomadaire autour de patientes communes approchées par des savoirs différents nous permet de resituer la patiente, décrite par chacun, et toujours reconnaissable. Avec la constante vérification par les autres membres du groupe de ne pas s'égarer chacun dans son interprétation personnelle.

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

Le toucher des uns, l'écoute des autres, le raisonnement de chacun et le discours collectif restituent au sein du groupe une représentation de la personnalité de chaque patiente. Les apports de chacun se recourent, se rejoignent, se soutiennent, s'éclairent les uns les autres et se réajustent au fur et à mesure. Le temps est gagné, l'efficacité de chacun en ressort grandie, précisée, harmonisée. La parole, en circulant, affine la perception de l'autre ; la meilleure perception par chacun et l'intégration de ces données donnent une vision plus précise des troubles de la patiente.

La psychologue sait que la patiente est confrontée à l'interrogation du lien entre le corps physique et les difficultés psychologiques au cours de l'entretien proposé par le médecin gynécologue référent de la structure. Elle en accueille les effets et suit l'évolution de la réflexion qui sort de l'habituel clivage soma-psyché pour s'interroger sur ce qui, du psychique, entrave le fonctionnement du corps.

Le médecin acupuncteur propose une lecture différente des symptômes et de leur cohérence grâce aux paramètres diagnostiques de la médecine chinoise. Cette approche holistique donne une vision dynamique de l'organisation de l'unité corps-esprit au moment présent, organisation mise en place pour s'adapter et survivre. Elle apporte au psychologue la compréhension précoce de la nécessité et du rôle des mécanismes de défense. Certains blocages physiques par exemple recouvrent un mécanisme de refoulement d'événements traumatiques. Elle renseigne aussi sur les ressources vitales, les possibilités de mobilisation d'une patiente. Quand elles sont très diminuées, la psychologue retrouve en général les éléments d'un état dépressif.

La patiente dont la plainte douloureuse est figée sur un organe ou une fonction se sent délogée d'une position peut-être confortable qu'elle va devoir abandonner pour intégrer une réflexion sur le contexte. Elle doit comprendre que la dynamique du fonctionnement corporel recouvre celle de l'esprit.

Dès lors, la psychologue peut faire un retour à la patiente de ce qui concerne son corps réel pour aborder la réflexion de ce qu'il en est du corps imaginaire.

Le kinésithérapeute reconnaît le corps physique dans sa construction posturale, ses possibilités de se mouvoir ou de se détendre.

La microkinésithérapie propose la lecture des empreintes traumatiques tant physiques que psychiques inscrites dans le corps.

A partir de là, la psychologue reçoit la plainte douloureuse dans un contexte de pertinence révélée par le corps dont la patiente ne peut plus faire l'économie – de ce fait elle se voit engagée dans l'élaboration de son histoire, par rapport à ses traumatismes par exemple. Certains mécanismes de défense deviennent rapidement inutiles.

Le retour à la patiente de l'approche du sens du symptôme ou de ses bénéfiques secondaires sera mieux intégré lorsqu'il s'agit d'un contexte névrotique.

Si, par contre, le kinésithérapeute ne touche « rien » du corps physique, que le médecin acupuncteur ne retrouve aucune organisation cohérente, la psychologue retrouve souvent un fonctionnement psychique prépsychotique, et ceci oriente son action sur une dynamique recouvrante et structurante de la personnalité.

Malgré des procédures de travail différentes, des chemins différents, les thérapeutes arrivent presque toujours aux mêmes conclusions et à des idées thérapeutiques qui contribuent à l'élaboration collégiale d'un projet de soins commun.

C'est l'extraordinaire pertinence de la convergence de tous les paramètres diagnostiques qui enrichit et oriente le projet thérapeutique de chacun. C'est cette cohérence qui aidera la patiente à se reconstruire.

Dès le début des années 1990, le Professeur P. Dellenbach, chef de service de gynécologie-obstétrique du CMCO à Strasbourg, a tenté de rationaliser la prise en charge des patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques (DPC). Il s'est entouré d'une équipe de professionnels de santé associant gynécologues, acupuncteur, psychologue, kinésithérapeutes.

Cette équipe pluridisciplinaire agit dans un même lieu et dans le même temps.

Plus tard, notre propre expérience et nos échanges avec M^{me} le Docteur Éliane Ferragut, responsable de l'Unité de psychopathologie du Centre d'évaluation et de traitement de la douleur de Montpellier, nous ont permis d'élaborer progressivement une méthode de travail rigoureuse et reproductible.

La prise en charge débute par une séance bilan. Au cours de cette séance, la patiente découvre le Centre, les différents intervenants, les modalités pratiques et on lui fait remplir le questionnaire dit Q1.

Cette séance a pour but de poser les contre-indications de la prise en charge (par exemple les psychoses graves), d'obtenir l'adhésion et la collaboration de la patiente au projet thérapeutique.

Les patientes sont vues au rythme habituel d'une séance toutes les trois semaines, en hospitalisation de jour, selon un planning établi. Une salle de repos est mise à leur disposition, un déjeuner leur est servi.

La journée d'hospitalisation, qui débute habituellement vers 9 h et s'achève en fin d'après-midi, se passe ainsi :

– En début de matinée, accueil des patientes et proposition de petit-déjeuner ;

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

- Puis soins systématiques:
 - Possibilité de consultation auprès du gynécologue;
 - Consultation auprès du médecin acupuncteur;
 - Entretiens avec la psychologue clinicienne;
 - Soins adaptés par les kinésithérapeutes.
- En courant de journée, entre les différentes phases de la prise en charge, les patientes bénéficient d'une salle de détente et de repos. À midi, un repas leur est proposé sur place.

La population

Les patientes sont adressées au Centre par des correspondants internes ou externes au CHU.

Critères d'inclusion (séance bilan):

- douleur chronique et pelvienne.

Critères d'exclusion (séance bilan):

- douleur aiguë ou subaiguë;
- psychose sévère;
- non-adhésion de la patiente au projet thérapeutique (par exemple, refus de la prise en compte de la dimension psychique).

Caractéristiques de la population:

Âge

Notre étude porte sur 129 patientes pour lesquelles un recueil de données homogène est effectué depuis 1999.

La plus jeune des patientes a 20 ans, la plus âgée 73 ans. L'âge moyen est de 39 ans et 9 mois.

Pour la plupart des patientes la plainte est ancienne, souvent entre 10 et 20 ans...

Catégories socio-professionnelles

Le tableau II indique la répartition des catégories professionnelles annoncées lors de l'évaluation d'entrée au Centre. On note que plusieurs patientes se qualifient professionnellement comme « en arrêt de travail » ou « invalide ».

Tableau II. Répartition professionnelle

Professions médicales ou paramédicales	28
Éducation et enseignement	10
Fonctionnaires sans autre précision	5
Autres catégories professionnelles	52
Mères au foyer	2
Retraitées	3
Invalides	4
En arrêt de travail	1
Sans emploi	24

Tableau III. Répartition des symptômes de consultation

Cystite à répétition, cystite interstitielle	19
Colopathie	5
Dyspareunies	20
Endométriose	13
Fibromyalgie	12
Dysménorrhées	4
Vulvodynies	11
Douleurs pelviennes chroniques	52
Autres symptômes	17

Motifs de consultation

Le tableau III répartit les motifs de consultation tels qu'ils ont été identifiés lors du premier entretien. Certaines patientes se plaignaient de plusieurs symptômes majeurs. Dans la rubrique « autres symptômes » nous classons des plaintes diffuses accompagnant un désir de grossesse, des douleurs dans un contexte étiqueté spasmophilie ou un contexte de frigidité, ou des douleurs classées comme névralgies, en particulier du nerf pudendal.

Caractéristiques à l'entrée au Centre :

Les questionnaires remplis en début de prise en charge ont permis de calculer les moyennes suivantes :

- douleur mesurée par EVA : 6,48/10 ;
- mal-être mesuré par EVA : 6,70/10 ;
- indice de dépression : 7,98/21 ;
- indice d'anxiété : 13,19/21 ;
- ERDC : 41,10/70.

L'index d'anxiété dépasse le seuil considéré comme significatif (11/21).

Les résultats

Nombre moyen de séances

94 dossiers concernent des patientes dont la prise en charge est terminée. Le nombre moyen de séances est de 14,96 (environ 1 an de traitement).

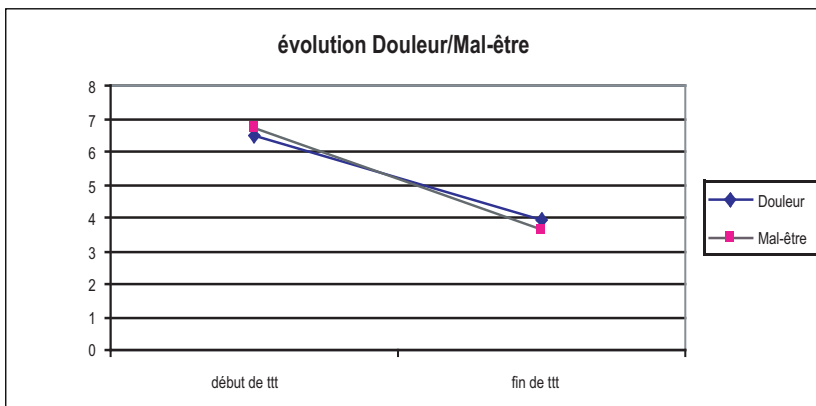
PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

Évolution globale des différents critères

La douleur et le mal-être sont comparés en début et fin de traitement :

	Début de ttt	Fin de ttt
Douleur	6,48	3,96
Mal-être	6,7	3,65

Ou, graphiquement :



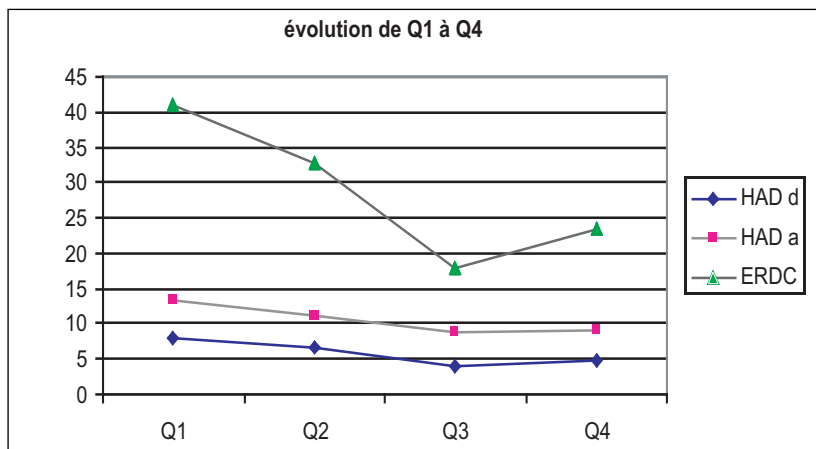
Ce premier graphique montre une amélioration importante de la plainte douloureuse en même temps qu'une nette diminution de la sensation de mal-être.

Cette évolution n'est pas influencée par les diverses pathologies prises en charge.

Le tableau et le graphique suivants sont la représentation moyenne des index de dépression (HADd), d'anxiété (HADa) et du retentissement émotionnel sur le comportement (ERDC). Ceci à 4 moments principaux : Q1 (questionnaire de début de prise en charge), Q2 (questionnaire vers la 7^e séance), Q3 (questionnaire de fin de traitement) et Q4 (questionnaire 1 an après la fin de la prise en charge) :

	Q1	Q2	Q3	Q4
HADd (sur 21)	7,98	6,58	4,03	4,77
HADa (sur 21)	13,19	11,22	8,9	8,93
ERDC (sur 70)	41,1	32,7	17,93	23,38

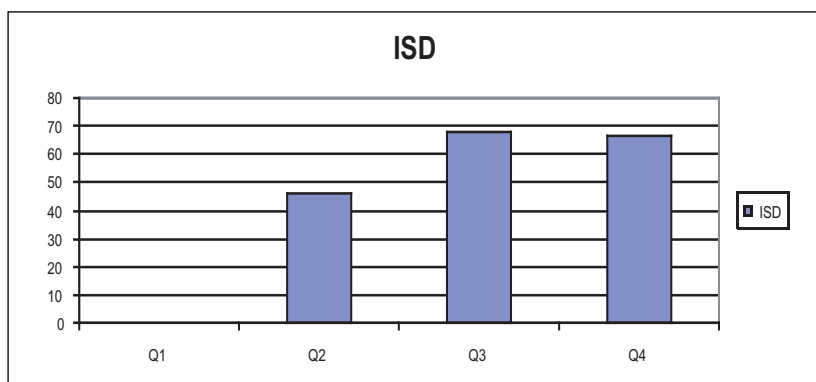
Ou, graphiquement :



Ces courbes montrent l'effet positif de la prise en charge pendant le traitement (de Q1 à Q3) mais aussi le maintien des effets thérapeutiques sur l'anxiété et la dépression durant l'année qui suit.

Évolution de l'ISD :

	Q1	Q2	Q3	Q4
ISD (en %)		45,77	68,06	66,25



L'effet thérapeutique se maintient après la fin de la prise en charge.

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

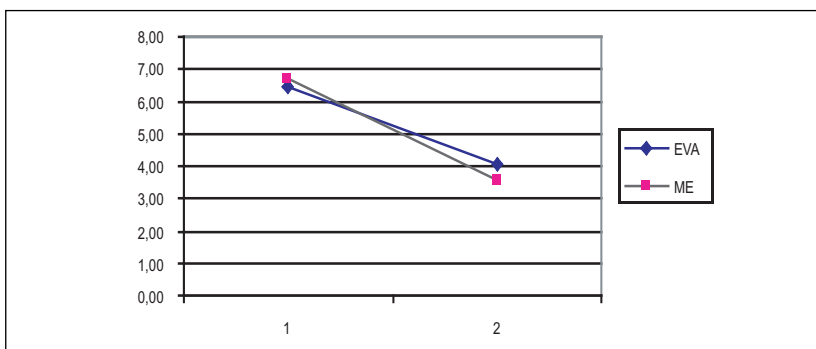
Évolution spécifique selon des sous-groupes de pathologie dominante

Quelques grands cadres pathologiques ont retenu notre attention. Ils sont étudiés selon le même schéma : étude de l'évolution de la douleur et du mal-être en début et fin de prise en charge (premier graphique), évolution de l'anxiété et de la dépression de Q1 à Q4 (deuxième graphique), évolution de ERDC et ISD de Q1 à Q4 (troisième graphique).

A. Les DPC

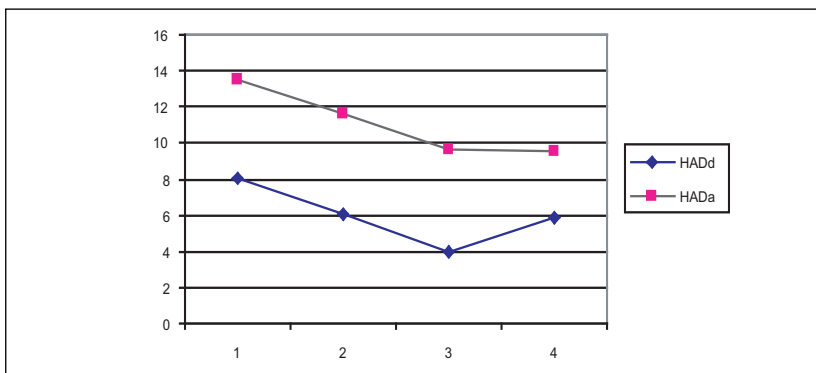
Douleur et mal-être :

EVA	6,45	4,08
ME	6,69	3,54



Dépression et anxiété :

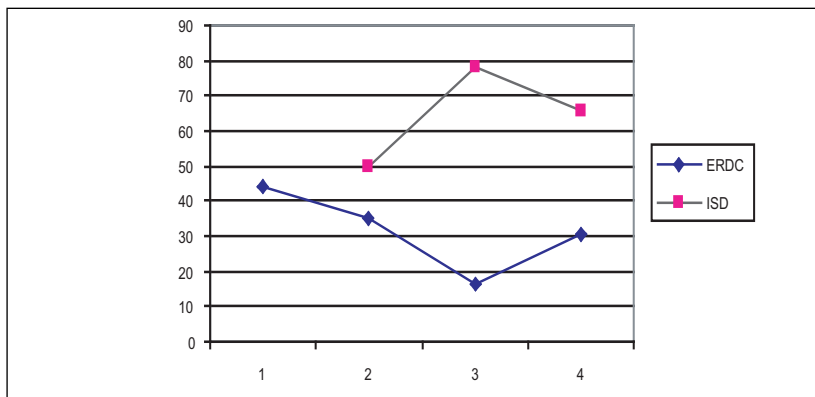
HADd	8,08	6,1	4	5,9
HADa	13,56	11,63	9,63	9,5



JUNG & COLL.

Retentissement émotionnel et soulagement douloureux :

ERDC	44,28	34,88	16,29	30,44
ISD		50,05	78,1	65,45



On note d'emblée un indice de dépression non significatif (8,08, le seuil significatif étant 11). Par contre l'indice d'anxiété est significatif (13,56, seuil significatif car supérieur à 11).

Les différents paramètres s'améliorent pendant la prise en charge (de Q1 à Q3), avec une forte amplitude de variation des paramètres.

Après un an l'anxiété varie peu, la dépression reste largement inférieure à l'indice de départ.

Le soulagement douloureux est très important (78 % en fin de prise en charge).

La prise en charge est globalement très bénéfique à cette population. Dès la 7^e séance nous constatons 50,05 % d'amélioration de la douleur, et une mobilisation rapide de tous les critères d'évaluation.

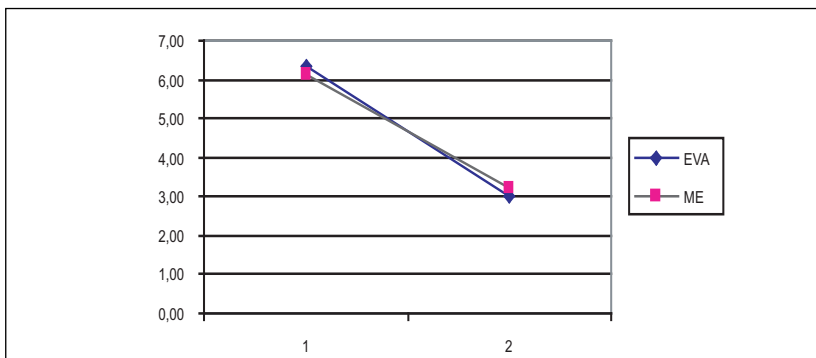
On remarque que, malgré une mobilisation rapide tant sur le plan physique que psychique, le nombre moyen de séances est élevé (16,62), témoignant de la grande dépendance de ces patientes.

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

B. Les endométrioses

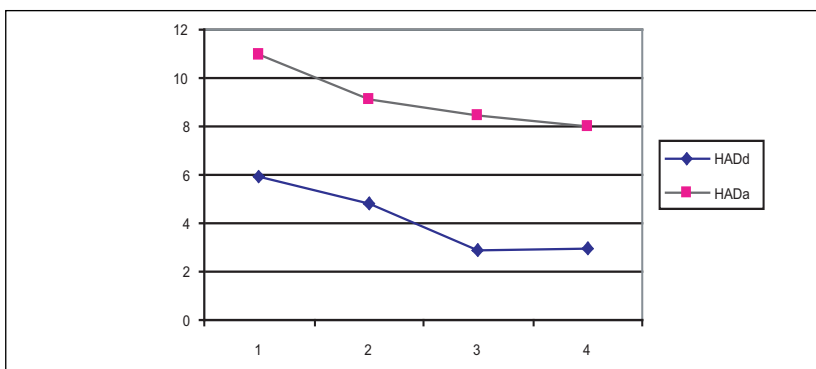
Douleur et mal-être :

EVA	6,33	3,00
ME	6,15	3,23



Dépression et anxiété :

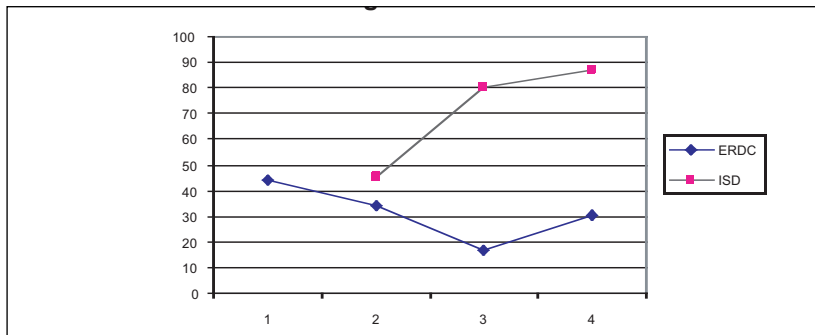
HADd	5,92	4,83	2,86	3
HADa	11	9,08	8,43	8



JUNG & COLL.

Retentissement émotionnel et soulagement douloureux :

ERDC	44,31	34,25	16,57	30,5
ISD		45,45	80	86,67



C'est la population présentant l'index d'anxiété le plus bas, à la limite de la significativité (11, donc juste le seuil significatif). L'anxiété s'améliore et reste stable un an après.

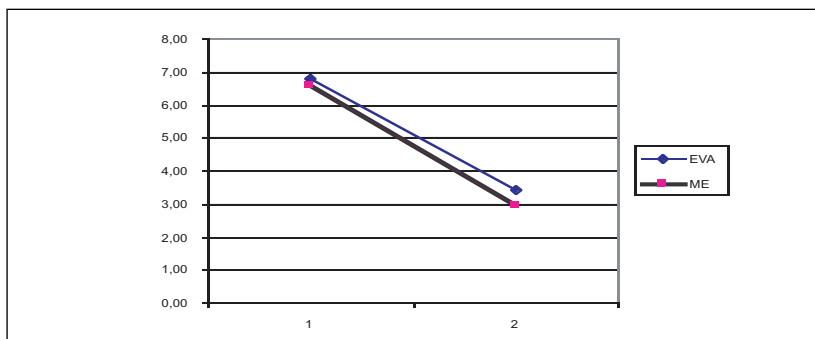
Il en est de même pour l'évolution de l'index de dépression dont il faut noter la valeur basse dès le départ.

On note aussi la persistance de l'amélioration du soulagement de la douleur un an après la fin du traitement (de 80 % en fin de traitement à 86,67 % un an après).

C. Les dyspareunies

Douleur et mal-être :

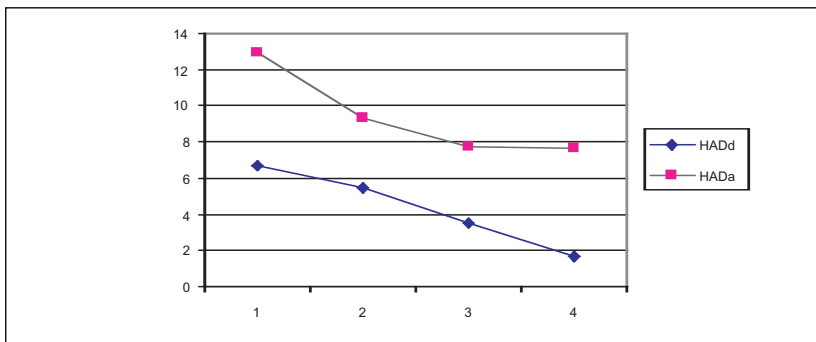
EVA	6,79	3,42
ME	6,60	2,95



PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

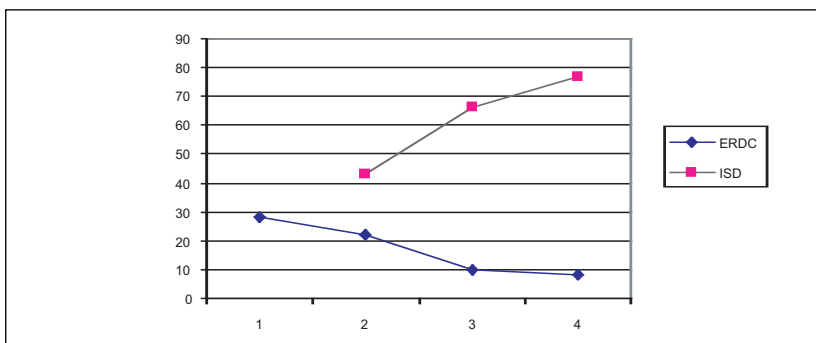
Dépression et anxiété:

HADd	6,7	5,5	3,5	1,67
HADa	12,95	9,36	7,75	7,67



Retentissement émotionnel et soulagement douloureux:

ERDC	28,25	22	10	8,33
ISD	43,08	66,25	76,67	



L'indice d'anxiété est nettement significatif (12,95 en début de traitement). L'index de dépression ne l'est pas. Mais on constate une baisse de tous les index pendant le traitement, index qui continuent à s'améliorer pendant l'année qui suit la fin de traitement.

Cette population est angoissée, sans doute par l'atteinte d'une fonction impliquant la relation à l'autre.

Malgré une plainte importante (6,79 sur 10 au début), le retentissement de la douleur sur le comportement est étonnamment peu

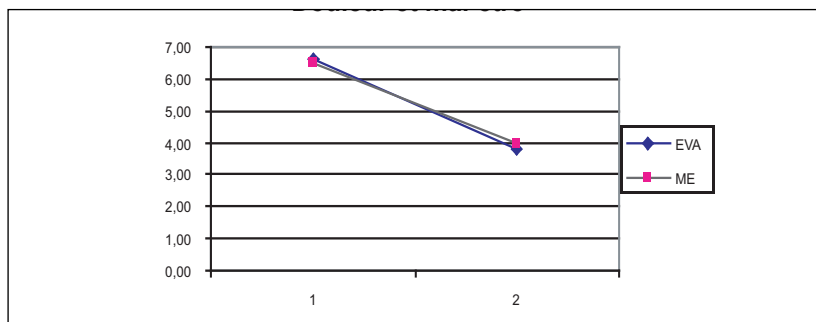
important. Sans doute parce que tout le mal-être est concentré sur la sexualité, et uniquement sur la sexualité.

La prise en charge thérapeutique a un fort impact sur la douleur physique, et ce très rapidement : les patientes s'améliorent vite et fort. Le traitement global comprend très peu de séances (10,65 séances). Cette population est une de celles parmi lesquelles les indices s'améliorent le plus.

D. Les cystalgies

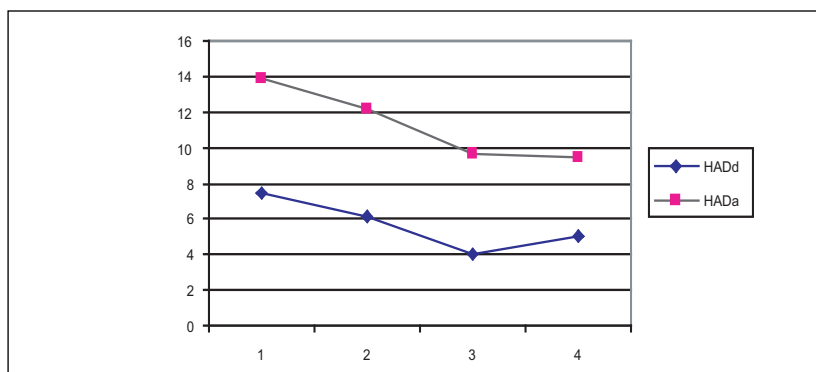
Douleur et mal-être :

EVA	6,63	3,79
ME	6,47	4,00



Dépression et anxiété :

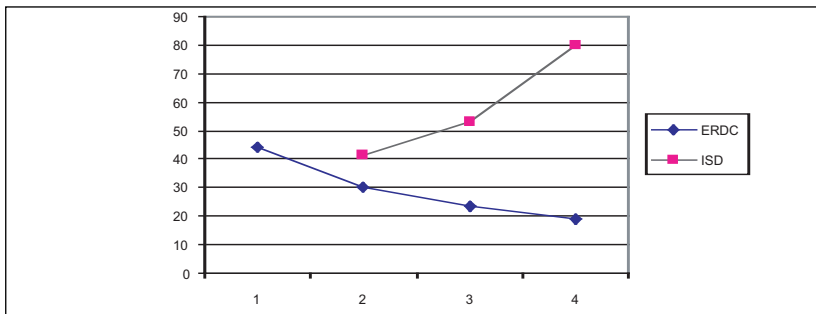
HADd	7,47	6,13	4	5
HADa	13,89	12,2	9,7	9,5



PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

Retentissement émotionnel et soulagement douloureux :

ERDC	44,32	30,2	23,4	19
ISD		41,43	53,33	80



L'indice d'anxiété est très élevé en début de prise en charge. Tous les indices s'améliorent de manière spectaculaire et rapide (13,28 séances en moyenne) et l'amélioration se renforce à tous points de vue dans l'année qui suit. C'est dans cette population que la différentielle des indices est une des plus fortes.

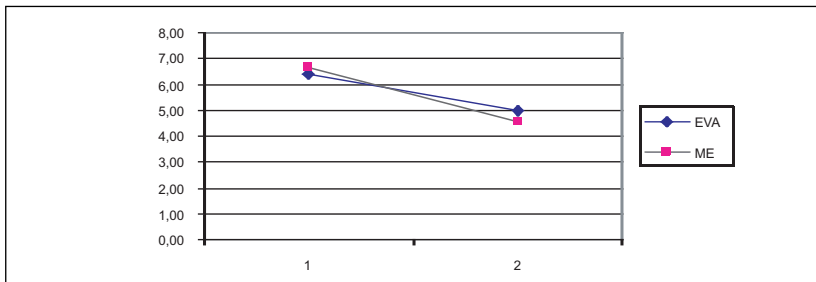
Faut-il voir là les répercussions de la gêne fonctionnelle quotidienne (besoin d'uriner impérieux et fréquents, avec tout l'embarras social que cela implique), puis de l'amélioration de cet état ?

E. Les fibromyalgies

Ce tableau comprend toutes les patientes souffrant du syndrome fibromyalgique, même si cela n'a pas été leur motif d'admission dans le Centre :

Douleur et mal-être :

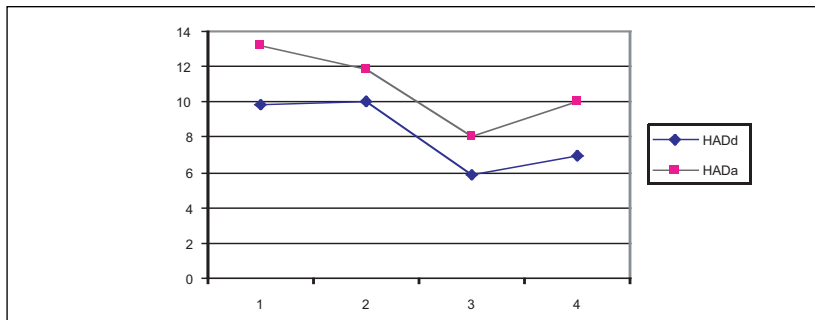
EVA	6,42	5,00
ME	6,67	4,58



JUNG & COLL.

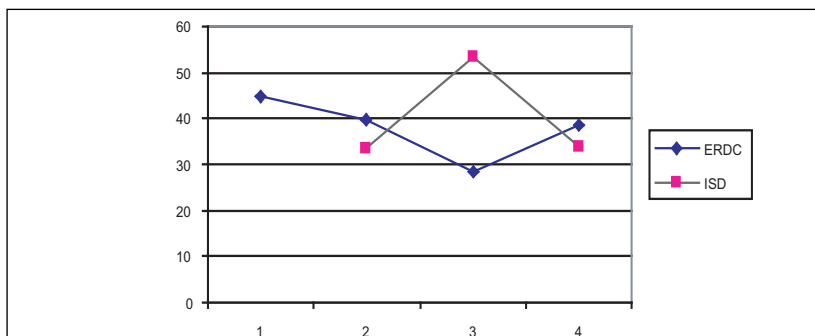
Dépression et anxiété :

HADd	9,83	10	5,83	7
HADa	13,17	11,83	8	10



Retentissement émotionnel et soulagement douloureux :

ERDC	44,83	39,75	28,33	38,4
ISD		33,33	53,33	34



À l'arrivée au Centre, l'index d'anxiété est supérieur au seuil significatif. Et l'index de dépression est le plus élevé des pathologies étudiées, mais sans atteindre le seuil significatif.

L'amélioration est spectaculaire en fin de traitement, mais les index s'aggravent dans l'année qui suit, au point de retrouver quasiment les valeurs initiales.

La prise en charge au Centre fournirait-elle temporairement une structure de substitution? En témoignerait la durée de la prise en charge (19,25 séances).

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

Éléments généraux

Ce travail trouve sa limite dans l'absence d'exploitation statistique développée.

Néanmoins, il donne des orientations de réflexions et de propositions. Nos questionnaires sont établis selon les recommandations de l'ANAES.

Nous constatons d'abord une amélioration globale des paramètres physiques et psychiques, quelle que soit la pathologie douloureuse. Par ailleurs, les différents types de paramètres évoluent en parallèle, soulignant ainsi l'unité de la personnalité de chaque patiente.

L'évolution des patientes est également en rapport avec leur structure psychopathologique. Ce paramètre n'a pas été exploité dans ce travail.

Dépression et anxiété

L'indice de dépression n'est pas significatif dans notre population, bien que la dépression soit un paramètre constant relevé par les centres d'évaluation et traitement de la douleur. En quoi la DPC semble se différencier des autres populations douloureuses.

Par contre l'indice d'anxiété dépasse toujours le seuil de significativité au départ de la prise en charge. Ce dernier indice est d'autant plus élevé qu'on est en présence d'une pathologie de fonction, à savoir fonction sexuelle ou mictionnelle. Mais c'est aussi dans cette population à plainte douloureuse liée à une fonction que l'amélioration est la plus spectaculaire un an après la fin du traitement, les différents index en font foi.

Dès lors que la DPC n'est pas en rapport avec l'atteinte d'une fonction ou d'un support organique pathologique décrit et explicité, il semble qu'après une amélioration globale, physique et psychique de ces patientes après la prise en charge, on assiste à une reprise notable un an après. Cette reprise est cependant moindre au bout d'un an que ne l'était la situation de départ.

À quoi est liée cette différence ? Population dépendante, immature ? Quête de bénéfices secondaires ? ou autre ?

On peut se poser la question d'un probable rapport avec des violences subies.

Dans une étude antérieure, nous avons retrouvé, comme dans la littérature anglo-saxonne, qu'environ 70 % des femmes consultant pour DPC avaient subi des violences.

Nous avons établi une échelle de violence à 5 items : nature de la violence (morales, physiques ou sexuelles), intensité (faible, moyenne ou majeure), fréquence (unique, occasionnelle, quotidienne), époque de vie de la victime au moment des premières violences (âge adulte, adolescence, enfance), intervenant (tiers, conjoint, parents).

Ce que nous avons retrouvé le plus souvent étaient les violences morales quotidiennes dans l'enfance par la mère.

QUESTIONNEMENTS

Qu'en est-il des transferts, du partage des transferts, du jeu des transferts ?

Qu'en est-il de l'effet thérapeutique des échanges que les patientes vivent entre elles dans la salle de repos qui leur est réservée et lors des repas communs ?

La nature intriquée du processus thérapeutique ne permet pas d'attribuer à l'une ou l'autre option thérapeutique un avantage particulier, mais cette « zone d'incertitude » est sûrement intéressante à explorer et marque notre spécificité.

À chaque questionnaire est adjointe une rubrique répertoriant le nombre de consultations médicales, les prises médicamenteuses, les arrêts de travail, sur les trois mois précédant chaque questionnaire. La diminution des consommations médicamenteuses, arrêts de travail et nombre de consultations médicales, devrait apporter des éléments explicites sur l'impact économique d'un tel centre.

CONCLUSIONS

Les questions non résolues sont certes encore nombreuses, mais la pertinence de la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur pelvienne chronique se démontre chaque jour plus clairement. Plutôt que d'opposer les approches organiciennes et psychiques et leur lot d'échecs respectif, il semble bien qu'une prise en charge de corps et

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

d'esprit améliore les patientes, diminue la douleur et ses conséquences (prise d'antalgiques, consultations multiples, arrêts de travail), réduisant la demande de chirurgie mutilante avec son cortège de symptômes iatrogènes, et améliorant la qualité de vie de ces patientes.

Résumé

La douleur pelvienne chronique (DPC) est si difficile à prendre en charge que bien souvent les patientes qui en sont atteintes sont marquées par leur itinéraire médical complexe; les nombreuses consultations et interventions diverses d'ores et déjà subies par elles ne font qu'aggraver leur désespoir. Une exploitation de quelques données systématiques portant sur 129 patientes prises en charge dans un centre pluridisciplinaire de traitement de la douleur pelvienne chronique est présentée ici. Cette prise en charge pluridisciplinaire s'avère efficace et ce de manière pérenne dans l'année qui suit la prise en charge. Les différents indices étudiés (douleur, mal-être, anxiété, dépression, répercussion émotionnelle et pourcentage d'amélioration de la douleur) sont étudiés en fonction de certaines plaintes dominantes, mettant ainsi en évidence différents types évolutifs.

Ce travail souligne par ailleurs certaines particularités de fonctionnement du centre qui nous ont paru importantes.

JUNG & COLL.

ANNEXE I

Grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique établie par le groupe (ANAES)

Ancienneté de la douleur - Mode de début

- circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)
- description de la douleur initiale
- modalités de prise en charge immédiate
- événements de vie concomitants
- diagnostic initial, explications données
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Profil évolutif du syndrome douloureux

- comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- profil évolutif: (douleur permanente, récurrente, intermittente...)
- degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Traitements effectués et actuels

- traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- modes d'administration des médicaments, doses, durées
- effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- attitudes vis-à-vis des traitements

Antécédents et pathologies associées

- familiaux
- personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- expériences douloureuses antérieures

Description de la douleur actuelle

- topographie
- type de sensation (brûlure, décharge électrique...)
- intensité
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)
- facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

- situation familiale
- situation sociale
- statut professionnel et satisfaction au travail
- indemnisations perçues, attendues ; implications financières
- procédures

Facteurs cognitifs

- représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)
- interprétation des avis médicaux

Facteurs comportementaux

- attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...)
- modalités de prise des médicaments
- observance des prescriptions

Analyse de la demande

- attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- objectifs partagés entre le patient et le médecin

JUNG & COLL.

ANNEXE 2

Questionnaire Q1

CMCO-SIHCUS
DOCUMENT
GYNÉCOLOGIE
FONCTIONNELLE

QUESTIONNAIRE DE
DÉBUT DE PRISE EN
CHARGE

Classement : DPA -
OPC15
Version n° : 001
Date : 15/01/03
Nbre de pages : 23

SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Chef de service : Pr. I. NISAND

CENTRE DE GYNÉCOLOGIE FONCTIONNELLE

Le Centre de la Douleur pelvienne chronique vous propose une prise en charge multidisciplinaire comportant des thérapies physiques, un traitement acupunctural et un suivi psychologique.

Votre adhésion à ce projet thérapeutique est nécessaire.

NOM :

Prénom :

Quel médecin vous a adressée à notre centre ? :

Un questionnaire vous est proposé. Il nous permettra de suivre votre évolution tout au long du traitement.

QUESTIONNAIRE

Quelle est votre situation familiale ?

- mariée
- divorcée
- vivant en couple
- vivant seule

Quelle est votre activité professionnelle ?

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

Avez-vous des enfants ?

Combien ?

Âge de vos enfants ?

Quand est apparue votre douleur ?

Comment a-t-elle évolué ?

Décrivez-la :

Quelle est, selon vous, l'origine de cette douleur ?

Quels intervenants avez-vous consultés ?

- médecin généraliste
- médecin spécialiste
 - . gynécologue
 - . autres
- médecin psychiatre
- autres intervenants

Quels traitements avez-vous entrepris ?

- médicamenteux
- chirurgicaux
- traitements alternatifs

Quels ont été les effets de ces traitements ?

De quelles autres affections ou douleurs souffrez-vous ?

Quelles ont été les affections gynécologiques

- . de votre mère ?
- . de votre grand-mère ?

Avez-vous subi des violences ?

- d'ordre moral
- d'ordre physique
- d'ordre sexuel

À quelle période de votre vie ?

Qu'attendez-vous de votre prise en charge ?

JUNG & COLL.

OUTILS D'AUTO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Afin de préciser l'intensité de la douleur que vous ressentez actuellement, nous vous demandons de répondre aux questionnaires suivants.

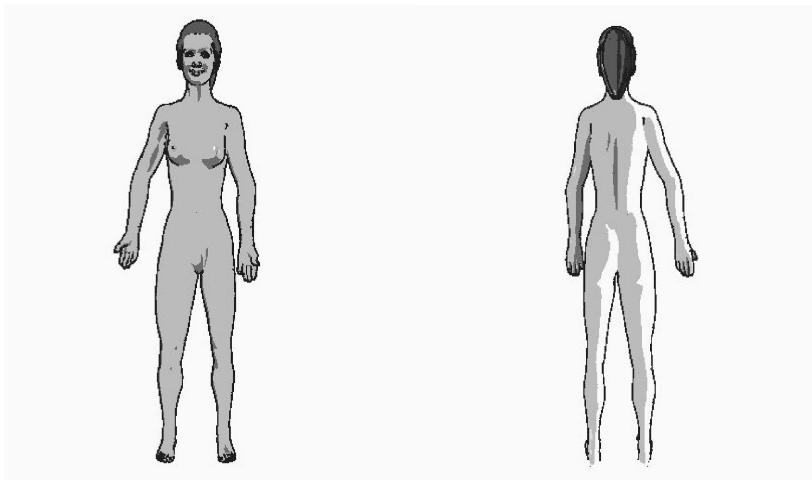
N'oubliez pas de répondre à toutes les questions.

1^{re} PARTIE : SCHÉMAS DES ZONES DOULOUREUSES

Indiquez sur les schémas ci-dessous où se trouve votre douleur habituelle en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



2^e PARTIE : MESURE DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR (ANDEM)

Le kinésithérapeute vous proposera à chaque séance une échelle de mesure de l'intensité de la douleur et une échelle de mesure de votre bien-être.

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

3^e PARTIE : ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT
ÉMOTIONNEL (Guelfi JD)

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous éprouvez. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse méditée.

Je me sens tendue ou énervée :

- 3 **la plupart du temps**
- 2 **souvent**
- 1 **de temps en temps**
- 0 **jamais**

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0 **oui, tout autant**
- 1 **pas autant**
- 2 **un peu seulement**
- 3 **presque**

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3 **oui, très nettement**
- 2 **oui, mais ce n'est pas grave**
- 1 **un peu, mais cela ne m'inquiète pas**
- 0 **pas du tout**

Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 0 **autant que par le passé**
- 1 **plus autant qu'avant**
- 2 **vraiment moins qu'avant**
- 3 **plus du tout**

JUNG & COLL.

- Je me fais du souci :
- 3 **très souvent**
 - 2 **assez souvent**
 - 1 **occasionnellement**
 - 0 **très occasionnellement**
- Je suis de bonne humeur :
- 3 **jamais**
 - 2 **rarement**
 - 1 **assez souvent**
 - 0 **la plupart du temps**
- Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée :
- 0 **oui, quoi qu'il arrive**
 - 1 **oui, en général**
 - 2 **rarement**
 - 3 **jamais**
- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
- 3 **presque toujours**
 - 2 **très souvent**
 - 1 **parfois**
 - 0 **jamais**
- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
- 0 **jamais**
 - 1 **parfois**
 - 2 **assez souvent**
 - 3 **très souvent**
- Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
- 3 **plus du tout**
 - 2 **je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais**
 - 1 **il se peut que je n'y fasse plus autant attention**
 - 0 **j'y prête autant d'attention que par le passé**
- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
- 3 **oui, c'est tout à fait le cas**
 - 2 **un peu**
 - 1 **pas tellement**
 - 0 **pas du tout**

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

0	autant qu'auparavant
1	un peu moins qu'avant
2	bien moins qu'avant
3	presque jamais

J'éprouve des sensations soudaines de panique :

3	vraiment très souvent
2	assez souvent
1	pas très souvent
0	jamais

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

0	souvent
1	parfois
2	rarement
3	très rarement

D A

4^e PARTIE : ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR LE COMPORTEMENT QUOTIDIEN (L. Brasseur)

Pour chacune des 7 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment la douleur a gêné votre :

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Mobilité

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Travail habituel (professionnel et domestique)

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

JUNG & COLL.

Sexualité

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

CONSULTATIONS MÉDICALES ET TRAITEMENT

Madame,

Pour une meilleure connaissance de votre cas, nous aimerions connaître les soins qui vous ont été dispensés par votre médecin habituel ou tout autre médecin ou spécialiste, et ce au courant des trois derniers mois : faites une liste aussi détaillée que possible avec, éventuellement, les dates :

Le généraliste : nombre dates

Le spécialiste : nombre dates

Quels spécialistes ?

.....

Que vous ont-ils dit ?

.....

Quels examens ont été faits ?

.....

Quels médicaments ?

.....

NDLR. Pour ne pas surcharger, la présente annexe ne comporte que le questionnaire Q1. Les autres questionnaires (Q2, Q3, Q4), de structure analogue mais avec diverses variations de contenu liées aux étapes successives de la prise en charge, peuvent être obtenus auprès des auteurs.

Bibliographie

1. ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteintes de lombalgie chronique. ANAES, service des recommandations et références professionnelles, décembre 2000.
2. ANAES. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES, service des recommandations et références professionnelles, février 1999.
3. Reiter R, Gambone J. Non gynecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy. *J Reprod Med* 1991; 36: 253.
4. Dellenbach P, Haeringer MT. Douleurs pelviennes chroniques. L'expression d'un problème psychologique. *Presse Med* 1996; 25: 615-620.
5. Dellenbach P, Haeringer MT. Douleur pelvienne chronique : à la poursuite du « facteur psy ». *Contracept Fertil Sex* 1996; 24: 791-799.
6. Dellenbach P, Haeringer MT. Douleurs pelviennes chroniques. La piste psychique. *Gynec et psycho-som* 1997; 20: 5-9.
7. Dellenbach P, Remp C, Haeringer MT, Simon T, Magnier F. La « pelvialgie » peut-être une « fibromyalgie ». In *Lettre du Gynécologue*, Paris, 1999.
8. Reiter R. A profil of a women with chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 130-6
9. Castelnovo-Tedesco P, Krout BM. Psychosomatic aspects of chronic pelvic pain. *Int J Psychiatr Med* 1970; 1: 109-26.
10. Steege JF, Stout AL, Somkutl SG. Chronic pelvic pain in women: toward an integrative model. *Obstet Gynecol Survey* 1993; 48: 95-110.
11. Anzieu D. Les méthodes projectives in: test de Rorschach. Presses universitaires de France. Paris 1966: 13-93.
12. Timsit M. Test de Rorschach et pathologie psychosomatique. *Bult soc fr Rorschach Meth Proj* 1978; 31: 11-31.
13. Reiter R, Gambone J, Johnson SR. Availability of a multidisciplinary pelvic pain clinic and frequency of hysterectomy for pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1991; 12 (suppl): 109-16.
14. Milburn A, Reiter R, Rhomberg AT. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20: 643-61.
15. Boureau F, Morel-Fatio M. Aspects comportementaux de la douleur chronique, implication pour la prise en charge en rééducation. *J Réadapt Med* 1997; 3: 112-116.
16. Boureau F, Morel-Fatio M. Gestion du malade douloureux. *Ann Réadapt Méd Phys* 2000; 43: 321-4.
17. Eliane F. Psychopathologie de la douleur: évaluation, thérapie, prévention. Masson. Paris. 2001.
18. Eliane F. Le corps dans la prise en charge psychosomatique. Masson. Paris. 2003.
19. Eliane F. La dimension de la souffrance en psychosomatique. Masson. Paris. 2000.
20. Salvat E. À propos de l'approche pluridisciplinaire de patientes cystalgiques chroniques. Thèse, Faculté de Médecine de l'Université Louis Pasteur de Strasbourg; 2003.
21. Chauvin de Vendomois LD. Les dyspareunies : étude clinique et prise en charge pluridisciplinaire. Thèse, Faculté de Médecine de l'Université Louis Pasteur de Strasbourg; 2004.