

CHAPITRE 3
SEMILOGIE DE LA DOULEUR
EVALUATION ET SUIVI D'UNE DOULEUR CHRONIQUE

Yves Lazorthes Jean-christophe sol et Laurent Schmitt

Plan du Chapitre

1. Notion de seuil de perception et de seuil de tolérance à la douleur
2. Définition de la douleur
 - La nociception
 - 2.1. La douleur
 - 2.2. La souffrance
3. Notion de douleur aiguë et de douleur chronique
 - 3.1. La douleur aiguë ou « douleur-symptôme »
 - 3.2. La douleur chronique ou « douleur maladie »
4. Conduite de l'évaluation clinique d'une douleur chronique
 - 4.1. L'interrogatoire du patient douloureux
 - 4.2. L'examen clinique
 - 4.3. L'évaluation psychologique – Psychisme et douleur
 - 4.4. Les explorations complémentaires
5. Classification des mécanismes physiopathologiques des douleurs chroniques
 - 5.1. Les douleurs par excès de stimulations nociceptives
 - 5.2. Les douleurs d'origine neuropathique
 - 5.3. Les douleurs d'origine idiopathique
 - 5.4. Les douleurs d'origine psychogène

Conclusions

INTRODUCTION

L'évaluation approfondie d'une douleur chronique rebelle est l'étape préalable indispensable à sa prise en charge. Elle est basée sur une écoute attentive du patient, guidée par un interrogatoire rigoureux pouvant s'appuyer sur des grilles d'entretien. L'interrogatoire minutieux est complété par un examen clinique pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique, psychiatrique, ...) visant à préciser la gravité et le mécanisme physiopathologique responsable de la douleur, de manière à définir une stratégie thérapeutique appropriée.

La sémiologie de la douleur est spécifique et, généralement, cette étape clinique est suffisante pour établir l'évaluation. Le recours à des explorations complémentaires (neurophysiologiques, neuroradiologiques, neuro-psychologiques, ...) est cependant parfois justifié dans des situations complexes, et lorsqu'un doute existe avec la persistance d'une douleur symptomatique témoin d'une lésion évolutive et curable.

L'absence de corrélation anatomo-clinique stricte entre l'importance de la lésion anatomique et son retentissement douloureux rend l'évaluation d'autant plus difficile : « *Il existe des blessures sans douleur et des douleurs sans blessure* » (R. Melzack et P. Wall, *Le Défi de la Douleur*, 1982).

I - NOTION DE SEUIL DE PERCEPTION ET DE SEUIL DE TOLERANCE A LA DOULEUR

Sur le plan physiologique, le seuil d'apparition de la sensation de douleur est parfaitement stable et remarquablement reproductible. Par définition, le seuil de sensation de la douleur est le niveau pour lequel une sensation douloureuse fait place à une sensation tactile lorsque l'intensité d'un stimuli (mécanique, thermique ou électrique, ...) s'accroît progressivement.

Ce seuil de perception nociceptive est identique chez tous les individus dans la mesure où ils ne présentent pas de lésion du système nerveux périphérique ou central. Il s'agit d'un paramètre physiologique objectif qui peut même être évalué, par exemple par stimulation électrique d'un nerf sensitif (technique d'algométrie).

C'est ainsi que, si l'on stimule le nerf tibial postérieur au niveau de la cheville, le sujet ressentira tout d'abord une sensation tactile à type de paresthésies quand l'intensité de la stimulation atteindra 4 mAmp. Cette sensation tactile sera remplacée par une sensation douloureuse (dysesthésie) lorsque l'intensité de la stimulation sera montée jusqu'à 10 mAmp. De même, une stimulation thermique de 3 secondes à 45°C entraîne une douleur à type de brûlure alors que des températures inférieures donneront progressivement des sensations de chaud puis de froid. Ce seuil physiologique de perception de la douleur peut être augmenté dans des conditions pathologiques, c'est-à-dire quand il existe des lésions du système nerveux à l'origine d'hypoesthésie voire d'anesthésie régionale à tous les modes (tact, température, douleur, ...). Au maximum, l'on peut rencontrer des patients insensibles congénitalement à la douleur.

En fait, ce qui varie, c'est le seuil de tolérance à la douleur. Ce seuil est subjectif, il peut être très différent d'un sujet à l'autre, mais aussi il peut changer chez un même individu en fonction de différents paramètres et notamment des circonstances de sa vie. Les variations individuelles sont considérables. C'est ainsi que :

- Des facteurs physiques (âge extrême de la vie, maladie associée, ...) mais surtout des facteurs psychologiques (dépression nerveuse, conflit, difficulté socio-professionnelle, ...) peuvent diminuer le seuil de tolérance à la douleur.
- A l'opposé, la tolérance à la douleur peut augmenter dans des conditions extrêmes telles que des traumatismes sportifs, des blessures de guerre, ou toute autre situation modifiant le comportement de l'individu telle que des facteurs d'ordre culturel, religieux ou rituel.

A certains moments de l'histoire d'un pays, les limites de l'endurance semblent avoir été reculées, aux limites du supportable. Les exemples sont multiples : les processions de flagellants du Moyen-Age, les soldats de Napoléon pendant la campagne de Russie, les convulsionnaires de la Saint-Médard qui au XVIIIe siècle s'infligeaient des tourments (braises ardentes, fers chauffés à blanc, coups, meurtrissures, ...), les récits de la vie des mystiques, ...

Il s'agit d'autant d'exemples et de témoignages propres à notre civilisation occidentale qui montrent bien que les rapports de l'homme avec la douleur peuvent être extrêmement modifiés par des comportements liés à des croyances ou à des situations extrêmes voulues (exploits sportifs) ou subies (guerres, tortures, ...).

Enfin, chez un même patient, le seuil de tolérance à la douleur peut varier avec la chronicité. C'est ainsi que, lorsqu'une douleur est répétitive, durable, persistante, elle devient dégradante, et alors non seulement l'individu ne s'y habitue pas mais sa sensibilité s'émousse et cette douleur lui apparaît de plus en plus intolérable.

II - DEFINITION DE LA DOULEUR : Notions de nociception, douleur et souffrance.

La douleur est une expérience subjective complexe, reposant sur des bases neuro-physiologiques et neuropsychologiques.

C'est ainsi que l'on distingue :

2.1. La nociception

Elle correspond à une fonction biologique qui est un mécanisme d'alarme dont le rôle est de détecter des stimulations internes (d'origine viscérale) ou externes (cutanées) dont l'intensité menace l'intégrité physique de l'individu. Ce système neurophysiologique de protection est utile à l'organisme, car il informe immédiatement et avec précision le patient d'un dysfonctionnement, il déclenche des réponses réflexes de défense et il aide le médecin à faire le diagnostic.

2.2. La douleur

Elle se définit comme le vécu d'une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable. Ce phénomène neuropsychologique associe deux composantes, intriquées à des degrés variables ; il s'agit de :

- *La composante sensorielle (ou somatique)*, correspondant aux processus neuro-physiologiques de détection, de définition qualitative, de localisation topographique et de quantification de l'intensité du signal « douleur ».
- *La composante psychologique (ou émotionnelle)*, qui désigne la tonalité affective, désagréable et parfois insupportable, qui accompagne la douleur. Cette dimension du vécu douloureux est d'autant plus sévère et responsable de réactions secondaires anxio-dépressives que la douleur est durable ou récidivante et rebelle. Elle doit toujours être évaluée et prise en compte dans la démarche thérapeutique.

Ce processus d'interaction entre les deux composantes a, comme conséquence lorsque la douleur est chronique, de créer un cercle vicieux d'auto-aggravation que la prise en charge thérapeutique s'attachera à interrompre.

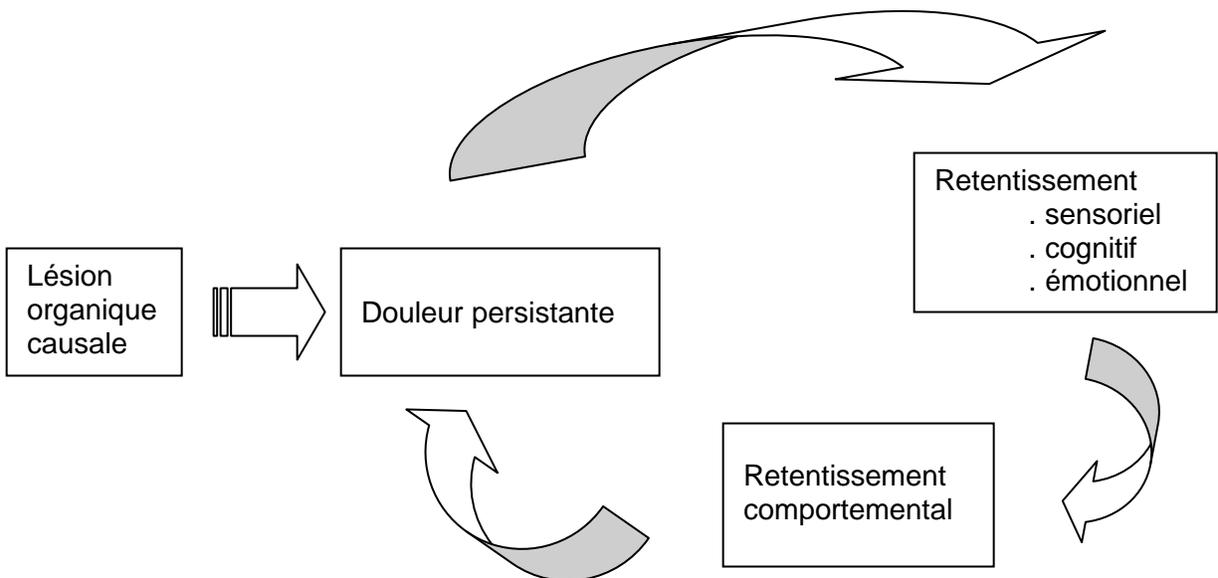


Figure 1 : Schématisation du mécanisme d'auto-aggravation d'une douleur chronique rebelle

En fait, les notions de nociception et de douleur ne sont pas superposables du fait de l'absence de corrélation anatomo-clinique stricte entre la gravité de la lésion physique tissulaire et l'intensité perçue de la douleur.

En pratique, cette notion est fondamentale car les douleurs qui sont étiquetées « fonctionnelles » du fait que la lésion physique n'a pu être mise en évidence cliniquement ne doivent pas être pour autant diagnostiquées comme des douleurs imaginaires voire simulées. C'est une des grandes difficultés de l'évaluation qui doit toujours être complétée dans une démarche pluridisciplinaire par une évaluation psychiatrique.

Face à cette complexité, l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) a proposé la définition suivante : "La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes impliquant une telle lésion". Ainsi, même si généralement la lésion est secondaire à une cause physique évidente, cette définition évite de lier trop étroitement la douleur à son seul stimulus nociceptif causal ; en revanche, elle en fait toujours un état psychologique soulignant ainsi l'intrication étroite existant entre l'organicité d'une douleur et ses conséquences émotionnelles et affectives sur les réactions individuelles de chaque patient.

2.3. La souffrance

Il s'agit d'un concept beaucoup plus large que la douleur. Il implique une dimension et une menace de l'intégrité de la personne non seulement sur le plan physique mais aussi psychique et social.

Dans le cadre des soins palliatifs et de l'accompagnement d'un patient en fin de vie, on utilise souvent la notion de « douleur totale » qui englobe toute la détresse psychologique induite par une variété de facteurs physiques, psychologiques, existentiels, spirituels et sociaux liés à la phase avancée de la maladie.

III - NOTION DE DOULEUR AIGUE ET DE DOULEUR CHRONIQUE

La douleur relève-t-elle du normal ou du pathologique ? Selon quels critères peut-on décider qu'il y a une saine douleur, telle une sentinelle vigilante, et une autre néfaste qui nous mine et nous dégrade ?

Jusqu'au début de ce siècle, on assimilait la douleur à un symptôme de blessure ou de maladie et son expression n'était considérée que comme le signe d'appel d'une pathologie. Cette conception restrictive se traduisait d'ailleurs jusqu'à nos jours par le fait que, seule la douleur aiguë, symptôme révélateur de nombreuses pathologies, n'était abordée pendant les années de formation initiale d'un étudiant en médecine.

C'est à René Leriche, Professeur au Collège de France, que l'on reconnaît le mérite d'avoir isolé dès 1936 la notion de douleur chronique, sévère et durable, comme une entité médicale propre, véritable "douleur-maladie", souvent plus insupportable et plus dégradante que la maladie qui lui a donné naissance : *"C'est de cette douleur-maladie et non symptôme que j'entends vous parler. Souvent elle n'a pas de support anatomique connu. Fréquemment, aucune lésion d'organe ne la véhicule. La maladie et son expression se consomme dans le système nerveux. Localisée en apparence, elle atteint pratiquement tout l'individu"*.

Depuis l'expression de ce concept, on distingue deux types de douleurs qui s'opposent point par point : il s'agit de la douleur aiguë et de la douleur chronique.

3.1. La douleur aiguë ou “douleur-symptôme”

C'est une douleur d'installation récente (< 3 mois), le terme « aiguë » caractérisant la durée et non pas l'intensité de la douleur.

Il s'agit d'une sensation douloureuse soit transitoire, comme celle qui fait suite à un traumatisme modéré, soit plus durable, comme celle qui révèle une maladie ; dans ce cas, elle est réversible lorsque la lésion causale est traitée.

De très nombreuses maladies débutent par une douleur aiguë symptomatique. Cela tient au fait anatomique que la plupart de nos viscères sont entourés d'une tunique très richement innervée : la dure-mère pour le cerveau, le péricarde pour le cœur, la plèvre pour le poumon, le péritoine pour les viscères abdominaux, ... Il en est de même pour notre appareil musculo-squelettique car toutes les articulations et tous les ligaments qui les composent sont extrêmement sensibles. C'est ainsi qu'une céphalée peut être le premier symptôme d'une méningite, une douleur thoracique celui d'une crise d'angine de poitrine, une douleur latéro-thoracique celui d'une pleurésie, une douleur de la fosse iliaque celui d'une appendicite, ... Il faut savoir que ces douleurs d'appel d'origine viscérale n'ont pas une valeur topographique précise et peuvent même induire des erreurs si l'on méconnaît certains pièges diagnostiques. C'est ce qu'on appelle les douleurs dites “rapportées” telles que la classique irradiation douloureuse dans le membre supérieur gauche d'une affection cardiaque ou la douleur dorso-lombaire d'un ulcère duodéno-gastrique perforé.

Toutes ces douleurs aiguës d'origine viscérale sont considérées comme “utiles” car elles avertissent l'individu du développement d'une lésion interne. Une fois passée la phase aiguë lorsque la douleur persiste, alors que la lésion génératrice traumatique ou pathologique est résolue ou traitée, elle est dite chronique.

3.2. La douleur chronique ou “douleur-maladie”

Il s'agit maintenant d'un syndrome clinique, véritable maladie à part entière, distincte de la douleur aiguë. Elle se caractérise notamment par la longueur de sa durée d'évolution (conventionnellement supérieure à 3 mois), mais surtout par l'ensemble des répercussions psychologiques plus ou moins sévères qu'elle entraîne, sur l'humeur et les activités (physiques, professionnelles, sociales et familiales) et sur le comportement du patient et sa qualité de vie.

Toute douleur persistante est en fait la conséquence d'un double échec : impossibilité à supprimer sa cause initiale et échec du traitement symptomatique de la douleur. Faire la différence entre une douleur “symptomatique” et une douleur “maladie” est essentiel (cf. tableau 1).

Dans les douleurs chroniques d'étiologies multiples non homogènes, il faut distinguer :

- Les douleurs liées à une pathologie évolutive d'origine maligne (cancer, SIDA, ...) mais aussi bénigne (certaines pathologies rhumatismales). Leur mécanisme générateur est générateur un excès de nociception.
- Les douleurs liées à une pathologie séquellaire non ou peu évolutive, d'origine bénigne, telle qu'une lésion nerveuse périphérique et/ou centrale. Leur mécanisme est généralement neuropathique.

CARACTERISTIQUES	DOULEUR AIGÜE « SYMPTOME »	DOULEUR CHRONIQUE « MALADIE »
Finalités biologiques	Utile – Protectrice Signal d'alarme	Inutile – Destructrice Maladie à part entière
Durée	Transitoire (< 3 mois) Réversible si lésion traitée	Répétitive ou durable (> 3 mois) Persistante : lésion séquellaire ou évolutive
Mécanisme générateur	Essentiellement Nociceptif	Nociceptif, Neuropathique Ou Psychogène
Composante affective	Anxiété	Dépression Auto-aggravation spontanée
Attitude thérapeutique	Curative Répond à un traitement médical classique	Réadaptative Approche plurimodale

Tableau 1 : Comparaison entre « Douleur Aiguë » et « Douleur Chronique »

ATTENTION : Ne pas vérifier et confirmer ce diagnostic différentiel entre douleur aiguë symptomatique et douleur chronique serait une erreur lourde de conséquences tant sur le plan médical que socio-économique, car le meilleur moyen de traiter une douleur est d'en supprimer la cause. Dans le cas d'une véritable douleur chronique, cela n'est plus possible car il s'agit d'une séquelle ou d'une maladie incurable. La durée d'évolution est un critère nécessaire mais insuffisant pour faire cette distinction. Toute douleur chronique, lorsqu'elle est sévère, va provoquer à plus ou moins long terme une modification du comportement du patient. Dans ce syndrome multifactoriel, les composantes sensorielles ou somatiques et les composantes psychologiques et sociales sont donc habituellement associées à des degrés divers. La dichotomie douleur somatique – douleur psychologique n'existe pas. L'évaluation clinique préalable à tout traitement d'une douleur chronique et **multidisciplinaire** ; elle devra s'attacher à déterminer la part respective de ces différentes composantes ainsi que les mécanismes physiopathologiques qui en sont à l'origine, de manière à définir pour chaque malade une démarche thérapeutique et une prise en charge individuelle adaptée et généralement multimodale (cf. Chapitre 12).

IV - CONDUITE DE L'EVALUATION CLINIQUE D'UNE DOULEUR CHRONIQUE

L'évaluation clinique d'un patient présentant une douleur persistante doit répondre aux objectifs suivants :

1. Etablir une relation de confiance avec le patient douloureux.
2. Différencier une douleur aiguë symptomatique d'une douleur chronique.
3. Préciser ses caractéristiques cliniques et son retentissement notamment psychologique.
4. Définir son mécanisme physiopathologique générateur.

Elle repose pour cela sur un interrogatoire systématisé rigoureux, orientant vers un examen clinique global à la fois somatique et psychologique.

4.1. L'interrogatoire du patient douloureux

Etape essentielle, elle a pour objet de rassembler toutes les informations pertinentes concernant l'historique et le vécu de la douleur. La valeur des informations recueillies dépend en grande partie de la qualité de la relation qui s'installe entre le médecin et le patient douloureux : elle est basée sur la disponibilité, la mise en confiance et l'écoute non seulement du malade mais aussi de son entourage.

Quel que soit le type de douleur concernée, l'interrogatoire doit systématiquement faire préciser les caractéristiques cliniques suivantes, toutes essentielles pour le diagnostic :

4.1.1. Historique et profil évolutif de la douleur

- L'ancienneté de la douleur (mois, années, ...) en précisant la date du premier accès s'il s'agit d'une douleur paroxystique récurrente (céphalées, lombalgies, ...).
- Mode de début et les circonstances d'apparition :
 - Spontanée
 - Ou secondaire à un traumatisme, une maladie, une affection ou une lésion iatrogène
 - La notion d'intervalle libre entre la cause identifiée (par exemple : amputation de membre, paraplégie post-traumatique ...) et la survenue de la douleur.
 - La notion d'accident de travail, de responsabilité en jeu, d'expertise en cours ...
- Le mode évolutif
 - S'agit-il d'une douleur chronique continue stable ou présente-t-elle des renforcements dans des conditions bien particulières à définir (activité, repos ...)
 - S'agit-il d'une douleur paroxystique avec des périodes d'accalmie plus ou moins longues, à préciser. Dans le cas de douleur intermittente, existe-t-il un horaire et un rythme particulier, plus ou moins prévisible ?

4.1.2. La topographie de la douleur et sa systématisation

Il faut faire préciser avec le doigt le point de départ, le trajet, les irradiations et son siège maximal. Il est souvent utile de la faire dessiner par le patient sur un schéma anatomique, que l'on pourra garder dans le dossier à titre comparatif dans le suivi.

Il faut distinguer les douleurs localisées, multifocales ou diffuses, les douleurs superficielles ou profondes, les douleurs dont le territoire varie dans le temps seulement ou en fonction des traitements.

Au terme de cette étape, on devra être en mesure de dire si la douleur a une topographie neurologique précise ou systématisée (radiculaire, tronculaire ou centrale – unilatérale) ou si, au contraire, son trajet ne correspond à aucune systématisation neurologique.

Un piège diagnostique : les douleurs projetées à distance peuvent être à l'origine d'une erreur d'interprétation.

Les douleurs projetées

Mécanismes : La convergence viscéro-somatique (cf. Chapitre 2, fig 6)
: les afférences sensibles provenant des tissus cutanés, mais aussi viscéraux, articulaires d'un même métamère, convergent sur un même niveau médullaire au niveau des neurones nociceptifs non spécifiques des branches postérieures

Exemples de douleurs projetées :

- douleur irradiant dans le membre supérieur gauche d'origine cardiaque
- douleur de l'épaule droite d'origine hépatique ou diaphragmatique
- douleur dorso-lombaire d'origine duodénale, coéliqua, pancréatique
- douleur abdominale haute d'origine thoracique
- douleur testiculaire dans une colique néphrétique
- douleur du genou lors d'une pathologie de la hanche

4.1.3. Le type de la douleur

Cette analyse a pour but de faire préciser les caractéristiques qualitatives de la douleur à l'aide d'objectifs qui ont une valeur d'orientation diagnostique.

Quand la description spontanée du patient est insuffisamment précise, on lui propose des listes de qualificatifs classiques d'une pathologie donnée et on lui demande d'en graduer la présence et l'intensité, comme avec le « Questionnaire Douleur de Saint-Antoine » (QSDA) dont une forme abrégée est illustrée dans le tableau 2.

	0 absent	1 faible	2 modéré	3 fort	4 extrêmement fort
--	-------------	-------------	-------------	-----------	-----------------------

	non	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
Elancements					
Pénétrante					
Coups de poignards					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Tableau 2 : Questionnaire abrégé de la Douleur Saint-Antoine (QSDA)

Le choix du vocabulaire est déjà aussi une première indication de la douleur ressentie.

4.1.4. L'intensité de la douleur

Rappelons qu'il n'y a pas de corrélation stricte entre l'intensité de la douleur et la gravité des lésions physiques.

Evaluer l'intensité d'une douleur permet d'identifier les patients qui nécessitent un traitement antalgique et de suivre l'évolution spontanée et l'efficacité du traitement prescrit.

On utilise pour cela des échelles d'autoévaluation donnant une estimation globale de l'intensité de la douleur basée sur une description verbale. Ces « outils » sont certes rudimentaires et critiquables sur le plan scientifique ; ils ont par contre l'immense intérêt d'être simples, facilement renouvelables par les soignants. Les informations sont comparables pour un patient donné.

Ces échelles d'autoévaluation globale ont permis de standardiser la façon d'évaluer l'intensité de la douleur. Il existe 3 échelles de mesure :

1. L'Échelle Numérique (EN) est très utilisée. Elle permet au patient de coter sa douleur de 0 à 10 (ou de 0 à 100), la note « 0 » correspondant à l'absence de douleur et la note « maximale » à la douleur maximale imaginable. On peut aussi, à l'inverse, apprécier le soulagement en pourcentage par rapport à l'état initial de référence. Par ailleurs, à l'interrogatoire, l'EN permet de préciser l'intensité de la douleur dans diverses activités (marche, activité professionnelle, repos, position allongée, ...). Cette échelle simple a aussi l'avantage de ne pas nécessiter de support (papier, ...). Il s'agit d'un bon instrument en routine clinique.
2. L'échelle Verbale Simple (EVS) consiste à scorer de 0 à 4 une ou plusieurs catégories ordonnées d'adjectifs descripteurs (tableau 2 – QSDA). C'est une

échelle peu sensible, difficile à comprendre et à comparer. Elle est parfois difficile à utiliser chez des patients ayant des difficultés de communication.

3. L'échelle Visuelle Analogique (EVA) se présente sous la forme d'une ligne horizontale ou verticale graduée ou non. Elle peut être matérialisée par un schéma graphique (tableau 3) ou par la classique réglette. C'est le « thermomètre de la douleur » qui, côté malade, ne présente que 2 repères identifiables aux extrémités de la ligne : à l'extrême gauche « pas de douleur », à l'extrême droite « douleur maximale imaginable ». Du côté soignant, on peut avec une précision multimétrique (de 0 à 100 mm) apprécier le déplacement du curseur effectué par le patient.

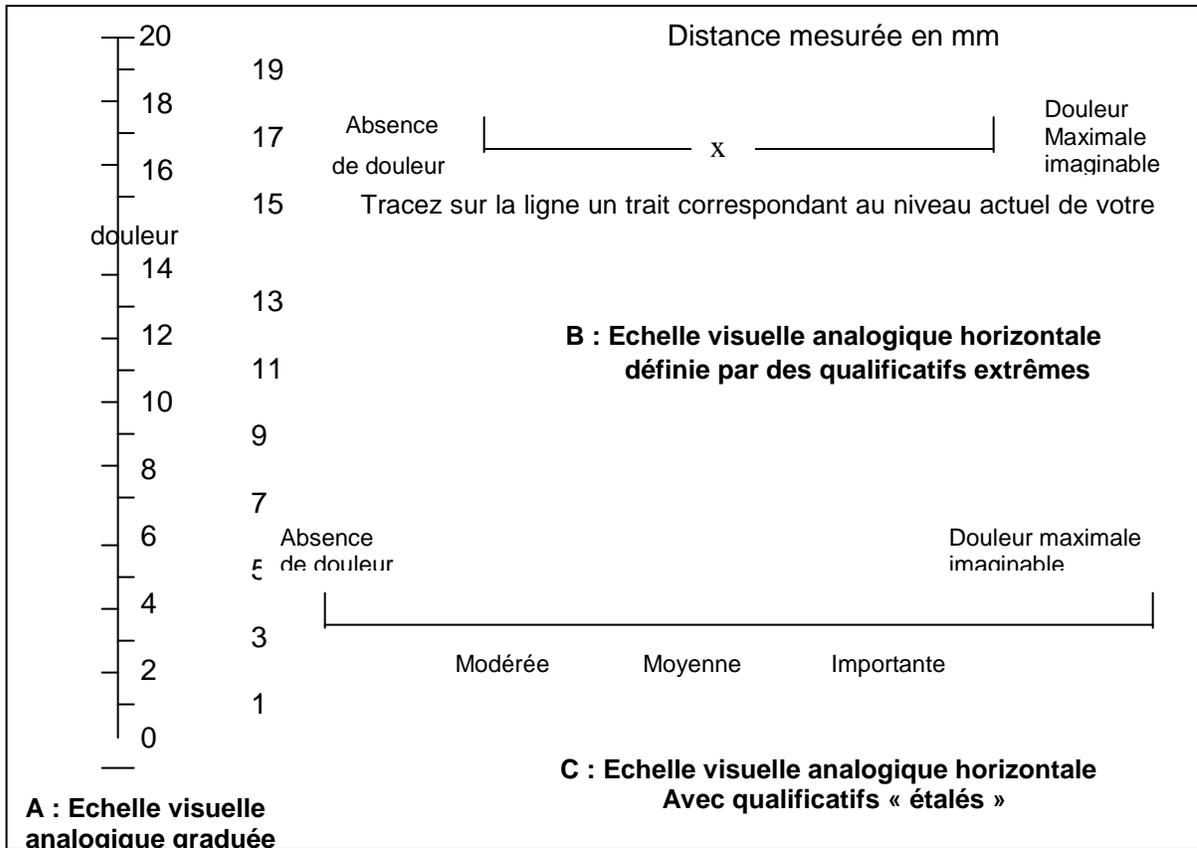


Tableau 3 : Les échelle visuelles analogiques

Il est possible de faire préciser l'intensité dans trois situations d'évaluation différentes : douleur au moment présent, douleur habituelle dans les 8 derniers jours, douleur la plus intense dans

les 8 derniers jours. L'EVA est la méthode d'évaluation recommandée. Cependant, quel que soit l'outil choisi, il faut toujours utiliser le même avec un patient donné et respecter les recommandations de l'ANAES.

Note sur l'utilisation des échelles mesurant l'intensité de la douleur (d'après l'ANAES)

Mode de passation :

Le patient doit utiliser **une seule** des trois échelles en fonction de sa bonne compréhension. Il est souhaitable d'utiliser de préférence l'EVA. Elle doit être bien expliquée au patient et il faut s'assurer de sa bonne compréhension avant de lui demander de l'utiliser. L'EN peut être utilisée s'il ne comprend pas l'EVA. L'EVS peut être utilisée s'il ne comprend pas l'EN.

Cotation :

EVA : l'intensité de la douleur est mesurée en millimètres par la distance entre la position de la croix et l'extrémité « pas de douleur ». Le chiffre est arrondi au millimètre le plus proche.

EN et EVS : l'intensité correspond au score indiqué.

Intérêts :

Les scores ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi. Les scores ne permettent pas de faire des comparaisons interindividuelles.

Pour la pratique, on retiendra :

- Elles ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse.
- Elles ne peuvent pas servir à comparer 2 patients.
- Les valeurs obtenues permettent des comparaisons intra-individuelles uniquement.
- Elles aident à identifier le malade nécessitant un traitement de la douleur.
- Elles ont une implication limitée pour la décision thérapeutique.
- Elles facilitent le suivi du patient.

4.1.5. Les facteurs de soulagement et d'aggravation de la douleur

Il est souvent nécessaire de les suggérer au patient. Toutes les circonstances modifient l'intensité ou déclenchent une crise douloureuse, qu'il s'agisse d'une activité physique, d'un facteur alimentaire, hormonal, climatique ou psychologique.

L'interrogatoire devra en particulier s'attacher à établir une enquête thérapeutique et à déterminer comment le patient a réagi aux traitements antérieurs.

4.1.6. Les signes d'accompagnement

Les manifestations associées à la douleur sont en relation directe avec la pathologie concernée. Il faut savoir les rechercher. C'est ainsi que l'on retrouve :

- Pour une algie vasculaire de la face : un larmoiement, une rougeur oculaire, une rhinorrhée ;
- Pour une lombalgie : une attitude antalgique, une limitation de la mobilité rachidienne ...

4.1.7. Les conséquences sur la qualité de vie

L'impact d'une douleur et de sa persistance sur le comportement d'un patient représente un indicateur fiable permettant d'apprécier la gravité d'une douleur.

Des symptômes tels que l'insomnie, la fatigue, des modifications de l'humeur, du moral, de l'appétit, des facteurs physiques et professionnels peuvent être notés dans l'interrogatoire.

Il existe, pour préciser ces conséquences, de nombreuses échelles de qualité de vie dont nous donnons un exemple (tableau 3).

Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien												
Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :												
<i>Humeur</i>												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
<i>Capacité à marcher</i>												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
<i>Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)</i>												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
<i>Relation avec les autres</i>												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
<i>Sommeil</i>												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
<i>Goût de vivre</i>												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement

Tableau 4 : Echelle d'évaluation de la qualité de vie chez un patient douloureux

En synthèse, aucune étape de ce long et primordial interrogatoire ne doit être sans réponse. Il est souhaitable pour cela que l'entretien soit conduit à l'aide d'une grille semi-structurée telle que celle publiée en 1999 par l'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
- évènements 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

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

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

Facteurs cognitifs

- représentation de la maladie
- interprétation des avis médicaux

Facteurs comportementaux

- attitude vis-à-vis de la maladie
- 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

Tableau 5 : Grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique (ANAES)

4.2. L'examen clinique

Orienté par l'interrogatoire et les antécédents du patient, l'examen clinique minutieux est essentiellement musculo-squelettique et neurologique.

L'objectif n'est pas de détailler cet examen qui fait partie des enseignements du DCEM1 (sémiologie neurologique) et d'autres modules du DCEM (module 13 « Appareil locomoteur » et module 15 « Tête et cou – Système nerveux »).

Rappelons que le patient doit être examiné dans différentes attitudes renforçant et/ou diminuant sa douleur (allongé, debout, à la marche, après une épreuve d'effort, ...).

L'examen de la sensibilité est l'étape essentielle. Il permettra de préciser le mécanisme de douleur neuropathique en mettant en évidence un déficit sensitif dans le territoire douloureux par comparaison symétrique controlatérale. On doit évaluer la sensibilité à tous les modes et notamment la sensibilité superficielle cutanée au tact, au chaud et au froid, et en réponse à un stimuli douloureux.

C'est ainsi que :

- La sensibilité tactile sera explorée soit au doigt, soit avec un coton
- La sensibilité thermique à l'aide de tubes d'eau chaude (40-45°C) ou froide (5-10°C)
- et la sensibilité à la douleur par la perception de la piqûre d'une aiguille.

Il existe des appareillages qui permettent une évaluation précise et comparative. Ils sont utilisés dans des laboratoires de recherche (sensibilité tactile, thermique, mécanique à la pression, vibratoire, réponse à un stimuli électrique, ...).

Au terme de l'examen minutieux de la sensibilité, l'on distinguera :

- soit une sensibilité normale, à tous les modes, dans le territoire où le patient ressent sa douleur ;
- soit une diminution de la sensibilité : hypoesthésie douloureuse ;
- soit une anesthésie : anesthésie douloureuse dont l'exemple est le paraplégique, et au maximum la douleur ressentie dans une partie absente du corps (ex. membre fantôme douloureux ou algohallucinoïse).

Par ailleurs, un stimuli donné peut entraîner une réponse anormale ou exagérée ; c'est le cas de :

- L'allodynie : douleur causée par un stimulus qui, normalement, ne produit pas de douleur mais une simple sensation de contact.
- L'hyperalgésie : réponse exagérée à une stimulation qui est normalement douloureuse.
- L'hyperpathie : syndrome douloureux caractérisé par une réponse exagérée à un stimulus, qui est répétitif, et dont le seuil est augmenté.

L'examen clinique ne se limitera pas, bien entendu, au seul examen de la sensibilité ; il recherchera l'existence :

- d'un déficit moteur ou sensoriel ;
- d'une asymétrie des réflexes ostéo-tendineux ou cutanés ;
- d'une amyotrophie, de troubles vasomoteurs.

Il sera attentif à déceler une attitude antalgique ou des mouvements précautionneux signalant une douleur.

Il est parfois nécessaire de compléter cet examen clinique par une évaluation psychologique, voire des explorations complémentaires.

4.3. L'évaluation psychologique – Psychisme et Douleur

L'évaluation psychique du patient douloureux, surtout lorsqu'il s'agit de douleurs chroniques rebelles, s'avère indispensable même si elle est souvent rejetée par les patients. L'objet de ce rejet provient de la crainte de voir méconnaître la sévérité de leur douleur, ses origines organiques, et de ne pas être pris au sérieux. Cependant, toutes douleurs chroniques altèrent le bien-être psychologique, physique et social. Cette dimension a été prise en compte puisque le retentissement psychique intervient dans la définition de la douleur chronique. L'articulation forte entre d'une part les étiologiques organiques et physiques de la douleur et, d'autre part, les processus psychiques mérite une évaluation précise. En effet, dans certains cas, la douleur chronique peut aussi être un moyen d'expression non conscient face à une revendication ou un conflit envers un proche ou un tiers dans des situations tendues ou complexes.

4.3.1. L'évaluation psychique : pourquoi et comment l'instaurer ?

- 1) **Plusieurs facteurs orientent vers la nécessité d'une évaluation psychique** du patient douloureux. Les caractères de la plainte douloureuse dans sa topographie, la mobilité des douleurs, les termes utilisés pour leur description, les émotions liées au récit représentent des facteurs d'orientation en faveur d'une douleur d'origine psychogène. Les douleurs ubiquitaires, ne respectant aucune systématisation anatomique, isolées de toutes maladies inflammatoires ou de système, orienteront vers une dimension psychique. La trajectoire des soins doit être relevée avec attention ; lorsque de multiples médecins ont été consultés, lorsque la chronicité de la douleur est décrite sans aucune phase d'amélioration, quand plusieurs consultations ont eu lieu dans différents Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, ce contexte de résistance invincible, malgré des avis pris auprès de professionnels compétents, doit être pris en compte. De façon analogue, le contexte familial sous la forme de rupture, de séparation ou de deuil, et le contexte médico-légal notamment dans le cadre d'accident de travail ou de conflit avec la sécurité sociale, feront l'objet d'investigations. Il n'est pas rare de rencontrer des patients dont la description des symptômes témoigne de connaissances médicales très poussées, dont les représentations et l'interprétation de leur maladie s'illustrent de termes médicaux ou de diagnostics très spécialisés, faisant évoquer un état anxieux ou hypocondriaque sous-jacent. Il apparaît évident d'effectuer une recherche d'antécédents de dépression, de troubles anxieux, de traumatismes psychiques, de conduite de dépendance à l'alcool ou aux toxiques.
- 2) L'évaluation psychique s'avère **d'autant plus indispensable que le patient paraît s'y opposer** de manière catégorique et rigide. Dans ce contexte, des dépressions masquées, une pathologie hypocondriaque, un trouble du caractère voire une personnalité paranoïaques devront être éliminés. Dans la quête incessante d'examen et l'attention soutenue que certains hypocondriaques

portent à leur perception corporelle, il n'est pas rare de retrouver des éléments de personnalité paranoïaque.

4.3.2. L'évaluation psychique

- Le premier temps de cette évaluation psychique concerne **le retentissement de la douleur**. On évaluera les troubles du sommeil liés à des douleurs nocturnes, la baisse de l'activité, la tristesse, l'existence d'idées suicidaires, la gêne professionnelle, sociale et familiale. Il s'agit d'une évaluation sémiologique, à la recherche des principaux symptômes de l'anxiété ou de la dépression pathologique fréquemment associés.
- Une seconde étape consiste à rechercher des évènements de vie ou des situations douloureuses antérieures. On considère qu'il existe **une mémoire de la douleur**. Cette mémoire peut reposer sur des douleurs antérieures à la suite d'accidents de la circulation, de traumatismes sportifs, d'accident du travail. Cette mémoire de la douleur peut également porter sur une intrication avec des éléments affectifs infantiles notamment lorsque des sévices physiques ont eu lieu dans l'enfance. Parmi les évènements de vie recherchés, certains deuils ou séparations peuvent expliquer des majorations circonstanciées de douleur.

L'existence d'évènements traumatiques ou conflictuels doit systématiquement faire l'objet de questions. Les réponses sont soit instantanées soit expriment un certain nombre de résistances. Ces résistances apparaissent dans une certaine réserve ou une réticence à exprimer ce type d'antécédents. Les patients le banalisent en disant « j'ai eu des difficultés ou des traumatismes comme tout le monde ». Cependant, cette assimilation, au plus grand nombre, et cette banalisation n'existent pas dans le psychisme des consultants ont souvent un vécu de préjudice, d'exception, de victime, qu'il convient d'approcher.

- **Les troubles de la personnalité** sont multiples. Le plus fréquent est représenté par des **personnalités hypocondriaques**. Il s'agit de sujets présentant des préoccupations somatiques excessives, résumées par la crainte ou la conviction d'être atteint d'une maladie grave. La douleur est alors associée à des plaintes physiques variées. Elles motivent de nombreuses consultations avec une quête d'examen complémentaires et d'investigations. Le nomadisme médical est alors fréquent. L'hypocondrie peut accompagner une symptomatologie dépressive chez le jeune. Elle est souvent liée à des traits de personnalité paranoïaque. On doit toujours rechercher les représentations de la maladie, c'est-à-dire comment le sujet comprend l'origine de ses symptômes et à quoi il les attribue. Dans cette recherche de représentations, des idées aux frontières de la réalité voire franchement délirantes sont susceptibles d'apparaître.

Les personnalités conversives représentent les formes cliniques de l'hystérie. La conversion se définit comme l'atteinte non organique d'une fonction de la vie de relation d'un individu. Il s'agit d'une atteinte du corps imaginaire : les douleurs, les anesthésies, les paralysies n'atteignent pas le corps anatomique et sa systématisation métamérique mais bien le corps tel que l'individu se l'imagine. Ceci explique des trajets douloureux atypiques, des anesthésies insolites ou des atteintes de fonction insolites.

La recherche des **personnalités dépendantes** doit être, elle aussi, effectuée ; ces personnalités auront, vis-à-vis des traitements notamment opiacés, des attitudes de surconsommation bâties sur la tolérance et l'épuisement des effets. Dans ce cadre, la recherche d'un tabagisme, d'un alcoolisme, d'une prise de toxiques ou d'addiction au sport est toujours nécessaire.

Une question simple comme « estimez-vous que la douleur a pu retentir sur votre caractère ou votre personnalité » doit toujours être posée. Elle évalue d'une part les capacités d'introspection et de compréhension de soi-même du sujet mais aussi la modification de certains comportements ou styles de défense.

- L'existence d'une **revendication** sous la forme d'un accident du travail, d'un conflit avec la sécurité sociale, d'une recherche de réparation explique des douleurs chroniques ou une majoration de ces dernières. Dans ce contexte, de façon consciente ou inconsciente, les patients cherchent à accumuler des preuves du retentissement de la douleur et de l'altération d'un certain nombre de leurs capacités.

Il n'est pas inutile de s'enquérir d'un éventuel conflit avec le monde médical dont les origines seraient un sentiment d'erreur médicale ou de diagnostic incomplet voire de contentieux avec la médecine vis-à-vis de maladies concernant les proches ou les parents considérés comme mal soignés. Dans ce contexte de contentieux avec la médecine, les patients ont parfois le sentiment de dette impayée dont ils sont victimes et qu'ils reportent dans la relation-malade.

Cette évaluation psychique repose donc essentiellement sur un entretien psychiatrique mais pourra être complétée par des questionnaires spécifiques tels que :

- Une échelle de retentissement émotionnel.
- Une échelle de qualité de la vie.
- Et, si nécessaire, des tests psychométriques (MMPI, ...).

Les points forts :

L'identification d'un trouble psychique et l'évaluation de la personnalité du sujet douloureux font partie du bilan systématique d'une douleur chronique. Si l'on devait

schématiser les 6 points indispensables dans l'entretien avec un sujet douloureux chronique, il conviendrait de pointer :

- 1) L'humeur afin de déterminer l'existence d'un syndrome dépressif et parfois d'idées suicidaires.
- 2) L'anxiété souffre-t-elle de somatisation et ce d'autant plus qu'il y a eu une pathologie organique antérieure.
- 3) Le sommeil et la sexualité pour adapter les prises de traitement, dont les antalgiques, et bien montrer qu'une évaluation totale de l'individu est effectuée.
- 4) Un trouble de la personnalité pour mieux bâtir l'alliance thérapeutique, adapter la relation médecin-malade et éventuellement faire une psychothérapie spécifique.
- 5) Les facteurs de dépendance sauf d'abus d'antalgiques, de benzodiazépines et d'alcool.
- 6) Toutes les dimensions professionnelles amenant soit à aménager un poste de travail, des horaires, favoriser des mouvements ergonomiques, ou parfois, décider un mi-temps thérapeutique ou d'une invalidité.

4.4. Les explorations complémentaires

Elles sont habituellement inutiles pour effectuer le bilan d'une douleur chronique. Cependant, chaque fois que l'on doutera de la persistance d'une douleur aiguë symptomatique, il faudra savoir redemander une exploration spécifique, par exemple une exploration de neuro-imagerie telle qu'un scanner vertébral, ou une exploration neurophysiologique telle qu'une électromyographie. L'intérêt d'une EMG est de déterminer le caractère neurogène et la topographie radiculaire ou tronculaire d'une douleur, mais aussi de définir si cette lésion neurogène est évolutive ou non.

V - CLASSIFICATION DES MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES DES DOULEURS CHRONQUES

Au terme de l'interrogatoire d'un patient douloureux et de son examen clinique, il est donc possible d'affirmer le caractère chronique d'une douleur persistante mais aussi d'en préciser le mécanisme physiopathologique, ce qui induit des stratégies thérapeutiques différentes notamment sur le plan pharmacologique.

C'est ainsi que l'on distingue (cf. Chapitre 2 – Tableau 3) :

- Des douleurs liées à un excès de stimulation nociceptive ;
- Des douleurs d'origine neuropathique ;
- Des douleurs d'origine idiopathique ou sine materia ;
- Et, enfin, des douleurs d'origine psychogène.

5.1. Les douleurs par excès de stimulations nociceptives

: elles sont secondaires à une lésion tissulaire sans lésion du système nerveux.

Il s'agit du mécanisme habituel des douleurs aiguës (post-traumatiques, post-opératoires, ou signe révélateur d'une pathologie, ...). En ce qui concerne les douleurs chroniques, on retrouve ce mécanisme dans diverses pathologies évolutives telles que les rhumatismes chroniques et les cancers envahissants responsables d'une inflammation chronique.

L'inflammation : c'est l'hyperactivation (« sensibilisation ») des nocicepteurs périphériques (cutanés, musculo-articulaires ou viscéraux) liée à la libération de multiples substances sensibilisantes « dites algogènes » (bradykinine, histamine, sérotonine, cytokines, prostaglandines, substance P, ...) provoquée par la lésion tissulaire inflammatoire (cf. Chapitre 2 : fig 2 et 3).

Cet excès d'information nociceptive, née au niveau des récepteurs périphériques (nocicepteurs), est transmis au cerveau par un système de conduction nerveuse normale.

Cliniquement, la douleur est de type névralgique et correspond à une topographie loco-régionale peu précise, non systématisée sur le plan neurologique. Elle est souvent diffuse, notamment quand l'origine est viscérale, et elle peut alors s'accompagner de projections trompeuses (les « douleurs projetées »). Elle est habituellement continue avec des renforcements paroxystiques soit spontanés soit provoqués (par la mobilité, l'effort, par les soins voire le simple contact de la zone inflammatoire, ...).

L'examen neurologique est normal et il n'y a en particulier aucune déficit sensitif (hypoesthésie) dans le territoire douloureux.

Ce type de douleur par excès de nociception répond habituellement bien aux antalgiques prescrits selon la règle des 3 paliers (aspirine et paracétamol – codéine – morphine et opioïdes) et suivant différents modes d'administration (cf. Chapitres 4 et 5).

5.2. Les douleurs d'origine neuropathique

: elles sont secondaires à une lésions plus ou moins complète du système nerveux périphérique et/ central.

Elles peuvent s'observer dans le cadre :

- de douleurs aiguës symptomatiques ; c'est le cas des compressions radiculaires (hernie discale ou conflit vasculaire pour la névralgie du trijumeau), tronculaires (syndromes canaux) ou plexulaires (ex. tumeurs) ;
- ou, le plus souvent, de douleurs chroniques traduisant une lésion nerveuse séquellaire périphérique ou centrale (Tableau 4) et s'accompagnant d'une déafférentation sensitive plus ou moins étendue sur le plan topographique mais plus ou moins totale en ce qui concerne le déficit.

Lésions du système nerveux périphérique

- ◆ Les plaies ou lésions traumatiques des nerfs

- ◆ Les douleurs post-opératoires (thoracotomie, lombotomie, ...)
- ◆ Les douleurs de post-amputation des membres (névrome, membre fantôme douloureux, ...)
- ◆ L'arrachement du plexus brachial
- ◆ Les lésions plexulaires post-radicales ou post-chirurgicales
- ◆ Les neuropathies périphériques chroniques (métaboliques, toxiques, ...)
- ◆ Les douleurs post-zostériennes

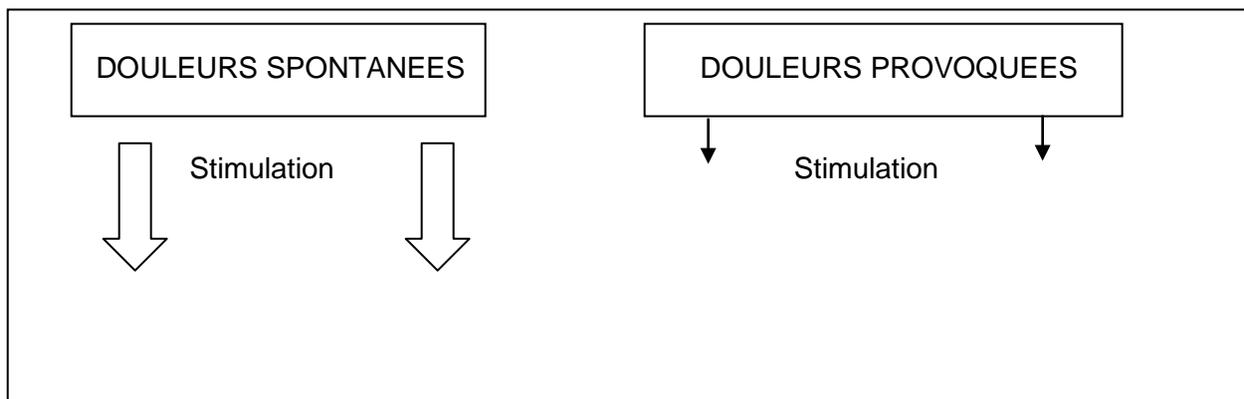
Lésions du système nerveux central

- ◆ Les douleurs post-zostériennes (jonction radiculo-médullaire)
- ◆ Les radiculopathies chroniques des multi-opérés du rachis
- ◆ Les lésions médullaires post-traumatiques (paraplégie)
- ◆ Les lésions médullaires d'origine tumorale
- ◆ Syndrome thalamique

Tableau 6 : Les principales causes de douleurs neuropathiques

Sur le plan clinique, la sémiologie des douleurs d'origine neurogène est très évocatrice (cf. Tableau 7). Elle associe des douleurs spontanées (continues et/ou paroxystiques) à des douleurs provoquées par le simple contact (allodynie) ou amplifiées par un phénomène d'hyper sensibilité (hyperesthésie, hyperpathie).

Le fond douloureux continu est généralement ressenti comme une brûlure. Les paroxysmes spontanés ou provoqués sont ressentis comme des décharges électriques fulgurantes de courte durée, mais peuvent aussi se succéder en salves, parfois d'une manière quasi continue (état de mal douloureux dans la névralgie faciale). Ce mode de manifestation clinique a fait parler « d'épilepsie douloureuse » ; par ailleurs, les anti-épileptiques se sont démontrés efficaces dans ce type de douleur, autant de données empiriques préfigurant un des mécanismes neurophysiologiques de ces douleurs récemment démontré (hyperexcitabilité spontanée des neurones médullaires nociceptifs).



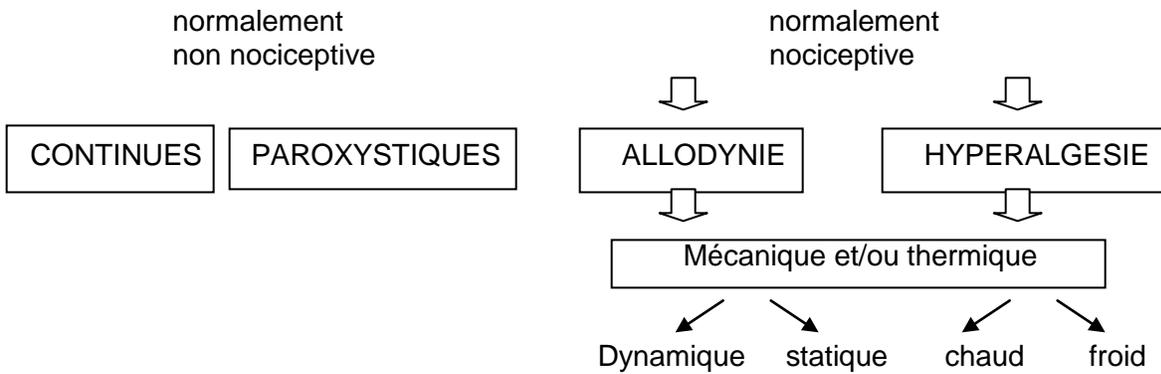


Tableau 7 : Sémiologie des douleurs neuropathiques

Ces douleurs peuvent se développer après un intervalle libre plus ou moins long (des mois voire des années) par rapport à la lésion nerveuse initiale causale.

L'examen somatique est normal mais, par contre, l'examen neurologique retrouve un déficit sensitif dans le territoire douloureux sous la forme d'une hyposensibilité mineure (hypoesthésie) ou majeure (anesthésie douloureuse ; ex. douleur sous-lésionnelle chez le paraplégique). Les explorations électrophysiologiques (EMG, PES, ...) peuvent permettre de préciser l'atteinte neurogène.

La particularité des douleurs neuropathiques est de ne pas répondre ni aux antalgiques classiques ni aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. Leurs médicaments spécifiques ont une action centrale ; il s'agit des antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, clomipramazine) et des anti-épileptiques (carbamazépine, gabapentine) pour la composante à type de décharge fulgurante (cf. Chapitre 7).

En cas d'échec du traitement médical, on peut avoir recours à la neurostimulation électrique médullaire (ou corticale) dont le mécanisme est inhibiteur. Il faut avant tout éviter et contre-indiquer les techniques d'interruption nerveuses quand elles sont non sélectives et qu'elles risquent d'aggraver la déafférentation sensitive (cf. Chapitre 7 : encart « chirurgie de la douleur »).

5.3. Les douleurs d'origine idiopathique

Il s'agit de douleurs pour lesquelles on n'a pas pu mettre en évidence de support organique lésionnel (tissulaire et/ou nerveux) ; elles sont dites « sine materia » et leur origine fonctionnelle est suspectée. La composante psychologique existe sans pouvoir affirmer qu'il s'agit d'une douleur strictement d'origine psychogène. Leur mécanisme physiopathologique est encore mal élucidé ; l'on préfère parler de douleurs idiopathiques.

Les tableaux cliniques correspondants sont nombreux et représentent des cadres sémiologiques précis, qu'il s'agisse de : céphalées de tension (cf. Chapitre 8), fibromyalgies, algodystrophies ou de douleurs péri-orificielles et glossodynies (cf. Chapitre 10).

5.4 Les douleurs d'origine psychogène

Leur diagnostic n'est pas le résultat d'un simple diagnostic d'élimination, c'est-à-dire de non organicité. Il est suspecté sur :

- Le caractère atypique de la sémiologie (description luxuriante, imaginative, discordante – trajet douloureux inexplicable – variabilité des projections, ...).
- L'importance des signes d'accompagnement (asthénie, insomnie, perte d'appétit, irritabilité et/ou anxiété, ...) évoquant une dépression infra clinique.
- L'existence d'un contexte de conflit, de deuil, ...

Ce faisceau d'arguments ne suffit pas. Le diagnostic est psychiatrique et repose sur la confirmation d'un trouble psychopathologique (hypocondrie, conversion hystérique, somatisation d'un désordre émotionnel : dépression).

CONCLUSIONS

Soulignons le polymorphisme des douleurs tant sur le plan de leur intensité que de leur évolution et de leurs conséquences ainsi que de leurs multiples causes : « Il n'y a pas une mais des douleurs ».

Sur le plan évolutif, la douleur aiguë symptomatique s'oppose à la douleur chronique séquellaire ou « douleur maladie ».

Sur le plan physiopathologique, on distingue différents mécanismes (nociceptif, neuropathique, idiopathique et psychogène) qui répondent à des stratégies thérapeutiques adaptées très différentes.

Toute douleur chronique rebelle s'accompagne d'un retentissement psychologique. Les deux composantes, organique et psychologique, réactionnelles d'une douleur chronique doivent être simultanément évaluées et traitées.

La prise en charge d'une douleur chronique est donc multidisciplinaire et plurimodale.