

Prise en charge de la douleur



Pr Nadia FELLAH¹,
Pr Dalila BENMOUSSA²

1. Anesthésie Réanimation, CHU Bab El Oued Alger.

2. Anesthésie Réanimation, CPMC Alger.

Résumé

Pendant longtemps, la douleur a été négligée, aujourd'hui, les avancées scientifiques, notamment dans sa physiopathologie et sa pharmacologie, nous ont permis de mieux comprendre les mécanismes de la douleur et de développer ainsi des stratégies thérapeutiques plus adéquates.

La prise en charge de la douleur ne doit pas concerner seulement les spécialistes de la douleur mais doit s'orienter vers l'éducation de l'ensemble des soignants. L'objectif de cet article est d'apporter les bases indispensables à la compréhension et à la prise en charge de la douleur en pratique quotidienne.

Abstract

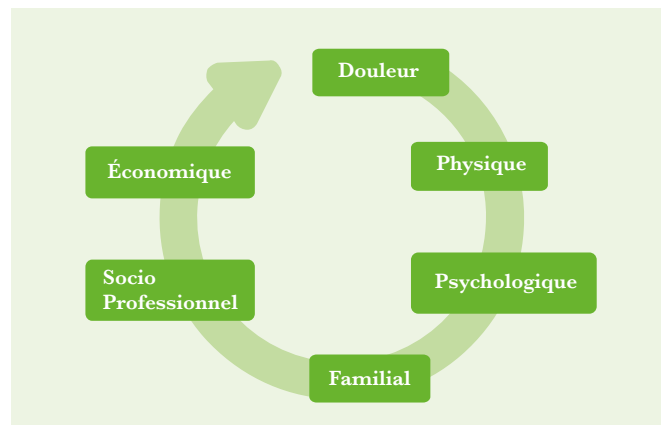
For a long time, pain has been neglected. Scientific advances, particularly in its pathophysiology and pharmacology, have enabled us to better understand the mechanisms of pain and thus develop more appropriate therapeutic strategies.

The management of pain should not only concern pain specialists but should be oriented towards the education of all caregivers. The aim of this article is to provide the essential basis for the understanding and management of pain in everyday practice.

Introduction :

La douleur est le premier motif de consultation en médecine générale. Selon les études internationales, la prévalence de la douleur chronique varie de 10,01% à 55,2% en population générale ^[1]. *L'International Association for the Study of Pain (IASP)*, a défini la douleur comme une « Expérience sensorielle, émotionnelle, désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion. » ^[2] Lorsqu'elle devient chronique, la douleur est responsable d'un lourd fardeau pour le patient, son entourage familial ainsi que pour la société. Elle a un impact important sur ses activités journalières, son état émotionnel, évoluant progressivement vers un isolement.

La douleur est un phénomène subjectif et individuel ; chacun d'entre nous a sa propre sensibilité face à la douleur. La douleur chronique est une expérience multidimensionnelle et pour mieux la comprendre, il est important de distinguer ses différentes composantes ^[3] :



- La composante sensori-discriminative

Elle représente les mécanismes neurophysiologiques permettant le décodage des caractéristiques de la douleur (localisation, intensité et qualité).

- La composante affectivo-émotionnelle

Elle correspond à la tonalité désagréable (pénible, insupportable), au niveau de détresse psychologique, d'anxiété, de dépression et de la tolérance à la douleur.

- La composante cognitive

Elle consiste en l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine (processus d'attention et de diversion de l'attention ; interprétations et valeurs attribuées à la douleur ; anticipation, références à des expériences douloureuses antérieures ; décisions sur le comportement à adopter). Cette composante est influencée par des facteurs socio-culturels et l'histoire personnelle du patient.

- La composante comportementale

Elle inclut l'ensemble des manifestations verbales ou non verbales observables (plaintes, gémissements, position antalgique). Elle représente un bon moyen de communication, notamment chez les patients non communicants.

La douleur chronique est donc un phénomène complexe, subjectif, multidimensionnel, soumis à de nombreuses influences culturelles, sociales, économiques et religieuses. Cet aspect intrinsèque et subjectif, fait que nous ne sommes pas tous égaux devant la douleur.

Cependant, il est possible aujourd'hui, de distinguer les douleurs selon leurs mécanismes physiopathologiques et leurs caractéristiques, ce qui permettra de proposer une thérapeutique adaptée à chacun de nos patients. Il est clair que la prise en charge de la douleur doit donc être individuelle et personnalisée.

Par opposition à la douleur aiguë, qui est un symptôme attirant l'attention sur un problème d'intégrité physique, la douleur chronique perd son caractère protecteur ; en plus de son impact physique, elle affecte tous les aspects de la vie quotidienne comme le simple fait de marcher, se laver et s'habiller ; elle est aussi responsable de troubles du sommeil avec une somnolence diurne affectant ainsi l'activité sociale et professionnelle.

La persistance de la douleur a des répercussions émotionnelles aussi préjudiciables que les répercussions physiques. Aujourd'hui, la douleur chronique est considérée

comme une réelle maladie évoluant pour son propre compte. Il s'agit d'un modèle bio-psycho-social dont la prise en charge doit être globale.

Évaluation de la douleur :

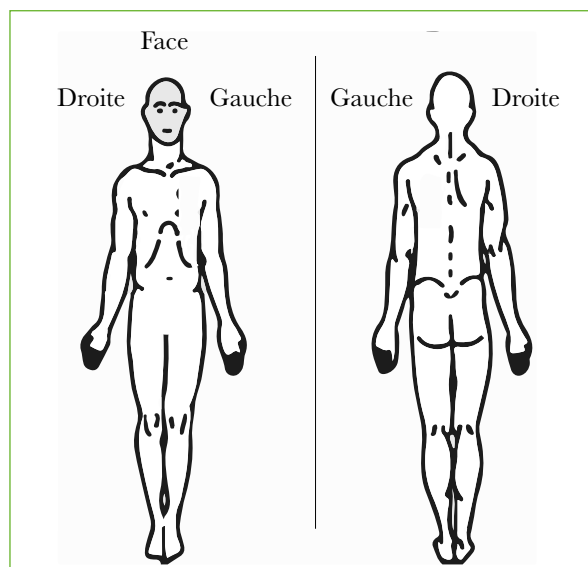
L'évaluation de la douleur est impérative, elle contribue au diagnostic, et oriente le choix du traitement antalgique. Elle permet également d'apprécier l'efficacité du traitement.

La douleur est souvent sous-évaluée par les soignants, et de leur côté, certains patients peuvent avoir des difficultés à exprimer l'intensité de la douleur qu'ils ressentent. C'est pour cela que sa recherche doit être systématique et son évaluation structurée, recherchant :

- Topographie (par ex. territoire nerveux)
- Caractéristiques (par ex. aiguë, chronique, composantes neuropathiques et nociceptive)
- Intensité (EVA, EN, EVS)
- Bilan psycho-social approfondi lors d'évolution prolongée (retentissement sur sommeil, humeur, travail, entourage et ressources propres du patient).

1- Topographie

Le siège et l'irradiation de la douleur doivent être précisés grâce à l'utilisation du schéma corporel sur lequel il faut indiquer où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone et en mettant sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface douloureuse, un « P » pour une douleur plus profonde et un « I » à l'endroit où la douleur est la plus intense.



2- Type de douleur

La douleur peut être classée selon sa durée d'évolution et son mécanisme physiopathologique :

2-1 Classification selon sa durée d'évolution ^[4]

On distingue :

La douleur aiguë, dont la durée est inférieure à 1 mois ; c'est une douleur symptôme dont la lésion tissulaire est habituellement évidente ; elle est liée à une hyper activation du système nerveux. Elle a une fonction de protection et disparaît après un traitement curatif.

La douleur chronique, est une douleur qui persiste au delà de 3 à 6 mois ; il s'agit d'une douleur maladie qui persiste au-delà de la durée prévisible de guérison. Elle n'a pas de fonction de protection, bien au contraire, elle est responsable d'une dégradation de la santé et de la fonction de l'individu. Au stade de chronicité, le traitement de la douleur est réadaptatif avec comme corollaire une amélioration de la qualité de vie.

2-2 Classification selon le mécanisme physiopathologique ^{[5], [6]}

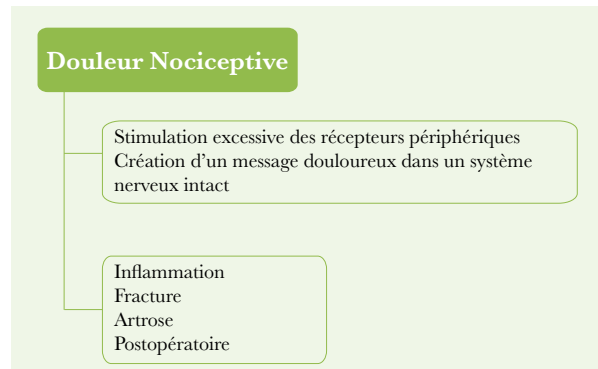
Différents types de douleurs sont observés selon le mécanisme physiopathologique :

- La douleur nociceptive

Lorsqu'une partie du corps est endommagée, les nocicepteurs envoient des messages de douleur au cerveau le long des nerfs périphériques et de la moelle épinière.

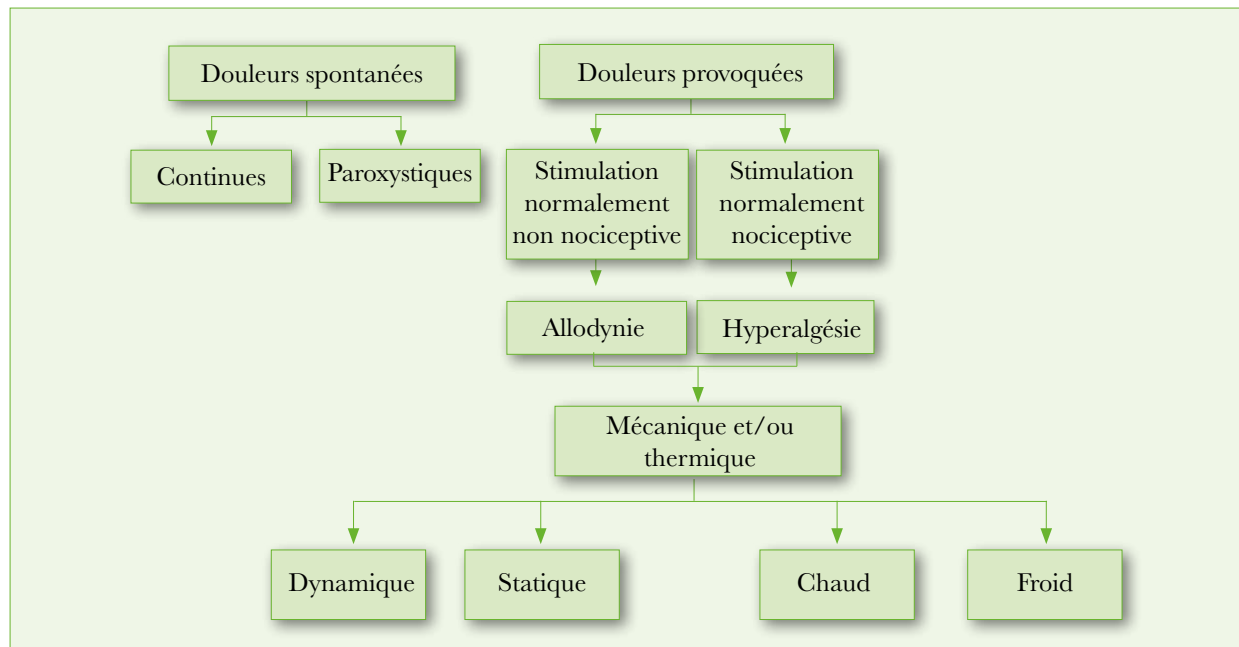
La douleur est ressentie comme constante, localisée et souvent comme persistante ou pulsatile.

Elle peut être mécanique (maximum en fin de journée, calmée par le repos, ne réveillant pas la nuit, provoquée par la mobilisation) ou inflammatoire (nocturne, articulaire, raideur matinale, diminuant avec la mobilisation). En général, elle disparaît à la cicatrisation ; l'examen neurologique (tests de la sensibilité) est normal. Sur le plan thérapeutique, la douleur nociceptive est bien soulagée par les analgésiques classiques.



- La douleur neuropathique

Elle est causée par une lésion ou une affection du système somato-sensoriel, souvent séquellaire. Sa topographie évocatrice ; elle est située en territoire déficitaire. La douleur est spontanée ou provoquée ; les tests de la sensibilité sont anormaux (chaud/froid, toucher, piquûre).



Le diagnostic de douleur neuropathique est complexe, il se fait sur un faisceau d'arguments cliniques caractérisés par la présence de symptômes sensoriels positifs et négatifs^[8].

Les anomalies sensorielles et la douleur sont souvent concomitantes^[1,3] et sont susceptibles d'évoluer dans le temps.^[9]

Symptômes sensoriels positifs

Douleur spontanée	Sensation douloureuse ressentie en l'absence de stimulus évident
Allodynie	Douleur due à un stimulus qui n'est pas normalement douloureux Ex : toucher, mouvement, froid, chaleur
Hyperalgésie	Réponse accrue à un stimulus normalement douloureux Ex : froid, chaleur, piqûre d'épingle
Paresthésie	Sensation anormale qui n'est pas désagréable, qu'elle soit spontanée ou provoquée Ex : sensation de fourmillements, bourdonnement ou vibration
Dysesthésie	Sensation anormale désagréable, qu'elle soit spontanée ou provoquée Ex : sensation lancinante

Symptômes sensoriels négatifs

Hypoesthésie	Sensibilité moindre à la stimulation, à l'exception des sens spéciaux Ex : toucher, douleur
Anesthésie	Perte totale de sensation (en particulier la sensibilité tactile)
Hypoalgésie	Douleur moindre en réponse à un stimulus normalement douloureux
Analgsie	Absence de douleur en réponse à une stimulation normalement douloureuse

L'intérêt de cette distinction entre douleur nociceptive

et douleur neuropathique, est que sur le plan thérapeutique, cette dernière répond mal aux analgésiques classiques et nécessite des antalgiques spécifiques tels que les antidépresseurs et les antiépileptiques.

4 – Intensité de la douleur

Elle doit être appréciée à l'aide d'échelles standardisées, qui permettent une appréciation globale de la douleur.

4-1- Echelles unidimensionnelles :

Elles permettent une appréciation quantitative de l'intensité de la douleur.

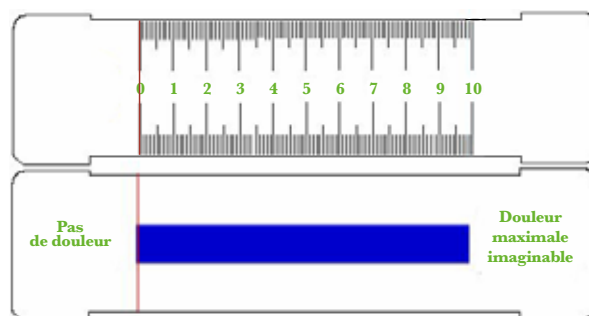
Il s'agit d'auto-évaluation qui consiste à demander directement au patient le niveau de sa douleur. Elle nécessite évidemment une coopération du patient et une bonne compréhension.

Classiquement, on distingue 3 échelles d'auto-évaluation : L'Échelle Visuelle Analogique (EVA), l'Échelle Numérique (EN) et l'Échelle Verbale Simple (EVS). Ces 3 échelles doivent être présentées au patient, qui choisira celle qui lui convient.

Échelle Visuelle Analogique (EVA) :

Elle est considérée comme étant la plus sensible, reproductible, fiable, doit être utilisée en priorité, lorsque c'est possible. Elle se présente comme une réglette graduée, avec 2 faces.

La face côté patient : il doit mobiliser le curseur le long d'une ligne droite représentant sa douleur, dont l'une des extrémités correspond à « Absence de douleur », et l'autre « Douleur maximale imaginable ».



Échelle visuelle analogique (EVA)

La face côté praticien : il doit mettre la note en face du curseur.

Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur sévère	Douleur très sévère	Pire douleur possible
0	1	4	6	8	10

Échelle numérique (EN) :

Outil le plus simple et le plus couramment utilisé.
Il suffit de demander au patient de noter sa douleur de 0 à 10. En sachant que la note 0 représente la douleur maximale imaginable.

Échelle Verbale Simple (EVS) :

Il suffit de demander au patient d'entourer le chiffre qui représente le mieux sa douleur.

- 0 Douleur absente
- 1 Douleur faible
- 2 Douleur modérée

3 Douleur intense

4 Douleur extrêmement intense

4-2 Les échelles d'hétéro évaluation :

Elles sont réalisées par un observateur, si le patient est incapable d'évaluer lui-même l'intensité de sa douleur (enfant, sujet très âgé, non communicant). Elle est basée sur le comportement verbal et non verbal, cependant, cette méthode sous-évalue toujours la douleur du patient.

Pour le sujet âgé et le patient non communicant, on fera appel au questionnaire DOLOPLUS. Pour l'enfant, il existe des questionnaires en fonction de l'âge.

ECHELLE DOLOPLUS					
Évaluation complémentaire de la douleur chez la personne âgée					
Nom :		prénom :		DATES	
Service :					
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1 * Plaintes Somatique	* pas de plainte.....	0	0	0	0
	* plaintes uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1
	* plaintes spontanées occasionnelles.....	2	2	2	2
	* plaintes spontanées continues.....	3	3	3	3
2 * Positions Antalgique au repos	* pas de position antalgique.....	0	0	0	0
	* le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle.....	1	1	1	1
	* position antalgique permanente et efficace.....	2	2	2	2
	* position antalgique permanente inefficace.....	3	3	3	3
3 * Protection de zones douloureuses	* pas de protection.....	0	0	0	0
	* protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins.....	1	1	1	1
	* protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins.....	2	2	2	2
	* protection au repos, en l'absence de toute sollicitation.....	3	3	3	3
4 * Mimique	* mimique habituelle.....	0	0	0	0
	* mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation.....	1	1	1	1
	* mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation.....	2	2	2	2
	* mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide).....	3	3	3	3
5 * Sommeil	* sommeil habituel.....	0	0	0	0
	* difficultés d'endormissement.....	1	1	1	1
	* réveils fréquents (agitation motrice).....	2	2	2	2
	* insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil.....	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6 * Toilette Et/ou habillage	* possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	* possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet).....	1	1	1	1
	* possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels.....	2	2	2	2
	* toilette et/ou habillage impossible, le malade exprimant son opposition à toute tentative.....	3	3	3	3
7 * Mouvements	* possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	* possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche).....	1	1	1	1
	* possibilités habituelles actives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements).....	2	2	2	2
	* mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition.....	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8 * Communication	* inchangée.....	0	0	0	0
	* intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle).....	1	1	1	1
	* diminuée (la personne s'isole).....	2	2	2	2
	* absence ou refus de toute communication.....	3	3	3	3
9 * Vie sociale	* participation habituelle aux différentes activités (repas, animation, ateliers thérapeutiques...).....	0	0	0	0
	* participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1
	* refus partiel de participation aux différentes activités.....	2	2	2	2
	* refus de toute vie sociale.....	3	3	3	3
10 * Troubles du comportement	* comportement habituel.....	0	0	0	0
	* troubles du comportement à la sollicitation et itératif.....	1	1	1	1
	* troubles du comportement à la sollicitation et permanent.....	2	2	2	2
	* troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation).....	3	3	3	3
SCORE					

4-3- **Echelles pluridimensionnelles** : Elles apprécient la douleur de façon quantitative et qualitative. Elles sont essentiellement utilisées dans le cadre de la douleur chronique, elles permettent également de mesurer l'efficacité thérapeutique sur chacune des dimensions de la douleur

(sensorielle et émotionnelle). Il existe plusieurs questionnaires comme le questionnaire de Saint Antoine (QDSA), le Brief Pain inventory (BPI), etc.

Pour exemple, le BPI, en plus de l'intensité de la douleur, il évalue ses répercussions sur la qualité de vie du patient.

BRIEF PAIN INVENTORY (SHORT FORM)

Study ID# _____ Hospital# _____
Do not write above this line

Date : _____

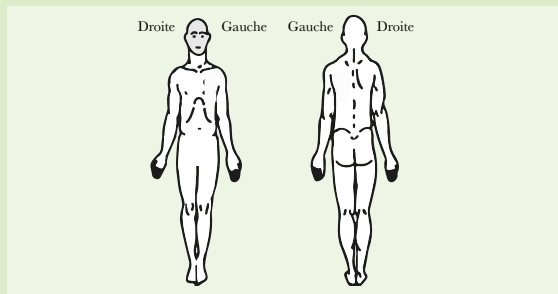
Time : _____

Name : _____
Last First Middle Initial

1) Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?

1.yes 2.no

2) On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3) Please rate your pain by marking the box beside the number that best describes your pain at its worst in the last 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Pain as bad as you can imagine

4) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its LEAST in the last 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Pain as bad as you can imagine

5) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the AVERAGE.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Pain as bad as you can imagine

6) Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have RIGHT NOW.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Pain as bad as you can imagine

7) What treatments or medications are you receiving for your pain?

8) In the last 24 hours, how much relief have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that shows how much RELIEF you have received.

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%
No relief Complete relief

9) Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with your:

A. General activity

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

B. Mood

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

C. Walking ability

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

D. Normal work (includes both work outside the home and housework)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

E. Relations with other people

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

F. Sleep

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

G. Enjoyment of life

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

Concernant la douleur neuropathique, devant la difficulté du diagnostic, depuis quelques années, il existe des questionnaires spécifiques d'aide au diagnostic comme le DN4

Questionnaire DN4 : Permet d'estimer la probabilité d'une douleur neuropathique.

Il s'agit de poser 4 questions avec 10 items, le médecin comptabilise les réponses, en comptant 1 point pour chaque « oui », et 0 point pour chaque « non ». Le test est considéré comme étant positif si le score $\geq 4/10$. La sensibilité de ce questionnaire est estimée à 82,9 %, et sa spécificité à 89,9 %.

QUESTIONNAIRE DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non »

Interrogatoire du patient :

QUESTION 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen du patient :

QUESTION 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du patient : / 10

Traitement de la douleur :

À la fin de l'évaluation, le praticien doit être en mesure de distinguer le type de douleur, car celui-ci va dicter la conduite thérapeutique. En effet, la douleur nociceptive va

nécessiter des antalgiques classiques, comme les AINS, le paracétamol et les opiacés. Alors que la douleur neuropathique va nécessiter des antalgiques spécifiques, tel que les antidépresseurs et les antiépileptiques.

	Douleur Nociceptive	Douleur Neuropathique
Physiopathologie	Stimulation des nocicepteurs	Lésion ou maladie du système somato-sensoriel
Caractères séméiologiques	Mécanique Inflammatoire	Continue Paroxystique
Topographie	Non systématisée	Systématisée
Examen neurologique	Normal	Déficit sensitif
Traitement		Antalgiques spécifiques AD, AE

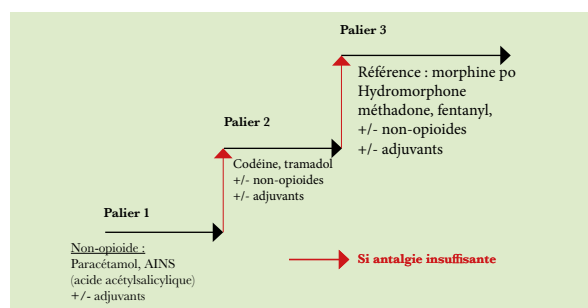
La prescription des antalgiques doit également répondre à certains principes généraux :

Principes généraux du traitement de la douleur

- Traitement étiologique de la maladie
- Traitement antalgique selon les mécanismes et l'intensité de la douleur
- Voie d'administration simple: la voie orale doit être privilégiée
- Intervalles réguliers
- Traiter les accès douloureux par des inter-doses
- Prévenir les effets secondaires
- Traiter l'anxiété et la dépression
- Association de moyens non médicamenteux
- Réévaluation régulière de la réponse au traitement

Le traitement de la douleur par excès de nociception :

Il s'appuie principalement sur les recommandations de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Celles-ci éditées en 1996 concernent initialement les douleurs d'origines cancéreuses et nociceptives. L'échelle de l'OMS à trois paliers, représente une méthode efficace et simple pour assurer une prise en charge médicamenteuse de la douleur. L'utilisation de co-antalgiques doit être envisagée à chacun des paliers. Elle met en parallèle l'intensité de la douleur et le niveau de l'antalgique requis. Cette règle a souvent été mise en défaut, mais elle reste très utile, en pratique quotidienne, pour guider les prescriptions d'antalgiques dans le cadre de la composante nociceptive de la douleur.



Le traitement de la douleur neuropathique :

Pour ce type de douleur, plus difficile à soulager, les objectifs thérapeutiques recherchent rarement la guérison, mais surtout une amélioration de la qualité de vie du patient, par une baisse de l'intensité de la douleur.

La prise en charge thérapeutique de la douleur neuropathique repose essentiellement sur certains anti-épileptiques et antidépresseurs.

Ces 2 classes thérapeutiques agissent de façon synergique du fait d'un mécanisme d'action différent.

Dans ce type de douleur, le choix thérapeutique se porte sur des médicaments ayant une AMM pour les douleurs neuropathiques et selon les recommandations internationales qui ont pour but - lorsqu'il existe plusieurs options - de hiérarchiser ces options thérapeutiques en fonction du niveau de preuve.

La plupart des recommandations internationales, préconisent en 1^{ère} intention l'administration d'un antidépresseur tricyclique et/ou un anticonvulsivant.

Le recours à la morphine est préconisé en 2^{ème} intention, car même si la morphine fait partie des molécules susceptibles de moduler de façon favorable la douleur neuropathique, sa gestion au long cours peut être problématique. Depuis 2011, nous disposons de recommandations pour le traitement de la douleur neuropathique périphérique dans le Maghreb francophone. [10]

Traitement	Recommandations
1 ^{ère} intention	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-épileptiques (Gabapentinoïdes) • Antidépresseurs tricycliques (Amitriptiline, Clomipramine, Imipramine) • Lidocaïne (topique)
2 ^{ème} intention	<ul style="list-style-type: none"> • ISRN (Venlafaxine, Duloxétine) • Tramadol
3 ^{ème} intention	<ul style="list-style-type: none"> • ISRN • Analgésique Morphinique

Le traitement des douleurs mixtes :

Certaines douleurs présentent les 2 mécanismes (nociceptif et neuropathique), comme c'est le cas de la douleur cancéreuse, les radiculopathies lombaires, etc. ... Ces douleurs nécessitent une approche thérapeutique visant les 2 mécanismes (antalgiques classiques et antalgiques spécifiques).

Traitement non pharmacologique :

Il peut être une alternative ou un complément efficace au traitement pharmacologique. Il s'agit de thérapies physiques ou réadaptatives, et psychologiques. Leur objectif est de limiter les conséquences néfastes de la douleur sur l'organisme en tant qu'agent de stress. Un tel état de relaxation peut être obtenu de plusieurs manières (massages, bains chauds, détente musculaire, méditation, etc.). Cependant, dans la prise en charge globale de la douleur, les thérapies cognitivo-comportementales, sont des techniques plus particulièrement utilisées comme la sophrologie et l'hypnose.

Conclusion :

La perception et la verbalisation de la douleur sont très variables d'un individu à un autre, sa prise en charge doit être personnalisée. L'évaluation de la douleur est un des actes médicaux les plus difficiles, il s'agit d'un phénomène subjectif avec plusieurs dimensions, plusieurs mécanismes et un profil évolutif.

Cette évaluation ne se résume pas simplement à l'intensité, mais également à de nombreuses autres variables tel que le mécanisme de la douleur, le niveau de détresse psychologique, d'incapacités ... ; d'où la nécessité de la considérer comme une véritable maladie, en recher-

chant sa cause chaque fois que cela est possible, en recherchant son impact physique, psychologique, sans négliger sa répercussion familiale et socio professionnelle. Pour une prise en charge optimale, il ne faut pas oublier de procéder à une réévaluation régulière de la douleur ainsi que l'efficacité du traitement antalgique. Des objectifs thérapeutiques réalisables doivent être fixés dès la première consultation car le soulagement complet de la douleur chronique n'est pas toujours possible ; le but est donc l'amélioration de la qualité de vie avec une limitation du handicap, et ceci grâce l'utilisation combinée de thérapies pharmacologiques diverses, associée à des thérapies non pharmacologiques.

Du temps et de la disponibilité sont nécessaires à l'établissement de ce bilan global, indispensable pour une bonne prise en charge de la douleur chronique.

Revue bibliographique

- [1] (Verhaak et al, 1998; Elliot et al, 1999; Rustoen et al, 2004)
- [2] Définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP) - 1979.
- [3] Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer. SOR Evaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer sept. 2 3 P32
- [4] Cole. Hosp Physician. 2002;38:23-30.
- [5] Serrie A, Thurel C. In La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Ed Arnette 2002. pp.34-35.
- [6] Le livre de l'externe – ECN/65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique. www.s-editions.com.
- [7] Baron R. Clin J Pain. 2000;16:S12-S20..
- [8] (Eds) In: Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 1994:209-212.
- [9] Gilron I et al. CMAJ 2006;175:265-75.
- [10] Griene B, et al. Pharmacological treatment of peripheral neuropathic pain: expert panel recommendations for the French-speaking maghrebien region. Douleur et Analgésie 2011

Recommandations aux auteurs

Les articles soumis à publication doivent être envoyés à l'attention du directeur de la rédaction, adresse e-mail : **redaction@el-hakim.net**, vous trouverez sur le site web de la revue (**www.el-hakim.net**), le détail des recommandations aux auteurs, qui devront être respectées lors de la soumission de tout article.