

Pour l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP 1976):

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire existant ou potentiel ou décrite en terme d'un tel dommage »

Il s'agit donc d'un phénomène pluridimensionnel qui comprend :

- Une composante sensorielle qui correspond au codage du message nociceptif : localisation, durée, caractères spécifiques liés au mécanisme physiopathologique.

- Une composante affective, émotionnelle qui d'une simple anxiété en douleur aiguë peut se traduire par un état dépressif en douleur chronique.

Cette composante émotionnelle est dépendante de nombreux facteurs :

- Facteurs comportementaux qui vont dépendre de l'environnement culturel, familial, de la personnalité, de l'âge.

- Facteurs cognitifs qui sont liés à la compréhension de la douleur, à sa signification pour le malade, à l'attention prêtée à cette douleur (rôle de l'attention et de la distraction)

Les expériences antérieures vont avoir également des conséquences majeures, (indépendamment de l'aspect cognitif), les douleurs physiques ou psychiques laissent une empreinte dans le système nerveux et ceci est particulièrement net en douleur chronique (antécédents fréquents d'interventions chirurgicales, de deuils, de séparations, de problèmes sociaux, etc).

Enfin cette définition nous rappelle que les douleurs sans lésion organique identifiable sont de vraies douleurs et qu'il faut les reconnaître en tant que telles (c'est le cas des douleurs idiopathiques, des douleurs psychogènes et de certaines douleurs neurogènes).

La composante émotionnelle de la douleur induit parfois une certaine résistance de notre part dans la prise en charge de certains patients et nous avons parfois tendance, quand elle est au premier plan, à considérer que le patient exagère, qu'il n'a peut-être pas une douleur réelle. La définition de l'IASP nous incite au contraire à toujours croire ce qu'annonce notre malade. Ce modèle pluridimensionnel s'avère très opérationnel dans les prises en charge.

Les connaissances de physiologie sont un argument de plus en mettant bien en évidence le rôle constant du système limbique - centre des émotions - dans les phénomènes douloureux ce qui en fait un centre de la douleur au même titre que certaines aires du cortex somato sensoriel (travaux de C. Bushnell en IRM fonctionnelle, 1999 Université Mac Gill, Montréal) .

En conclusion faisons confiance à nos malades, évaluons leur douleur et ne négligeons pas les événements de leur vie qui peuvent avoir un rôle dans cette douleur. Mieux comprendre nos patients améliore presque toujours la qualité de notre prise en charge.