

1

TROUBLES CERVICAUX ET DOULEUR

Les douleurs cervicales sont fréquentes. En général, ce n'est pas une situation catastrophique mais cela peut avoir un impact significatif sur le métier du patient, sur ses loisirs et sa qualité de vie. Les douleurs cervicales concernent tous les âges, tous les sexes et toutes les cultures [1]. À la suite d'un premier épisode de douleurs cervicales, il y a une grande chance que cet épisode se répète, ceci durant la vie entière [2]. La récupération après un épisode aigu est souvent incomplète [3]. La douleur cervicale est un état caractérisé par la récurrence, mais aussi parfois par la persistance de la douleur. Des résultats récents du Global Burden of Disease Study classent les cervicalgies avec les douleurs lombales comme les premières parmi les 310 pathologies médicales chroniques quant aux années vécues avec un handicap. Les cervicalgies sont un problème retrouvé dans le monde entier, elles sont les premières dans la majorité des 195 pays inclus dans l'enquête [1]. Les douleurs cervicales se manifestent non seulement par des plaintes concernant les symptômes mais également par leurs conséquences professionnelles, sur les activités sociales, sur les finances, les liens familiaux et par leurs conséquences psychologiques [4].

Les cervicalgies se présentent sous de nombreuses formes différentes [5]. L'intensité des symptômes est variable et s'étend d'une simple nuisance jusqu'à une douleur handicapante, évidente en cas de traumatisme cervical type « coup du lapin » (*whiplash*) ou encore de radiculopathies cervicales. Il en résulte que les conséquences fonctionnelles sont variables, depuis une sensation négligeable jusqu'à une difficulté à exécuter certaines tâches. On peut aussi rencontrer des restrictions d'activité suffisamment étendues pour qu'elles

empêchent les sujets de travailler ou bien restreignent leurs activités de la vie quotidienne. De nombreuses personnes ayant des douleurs cervicales ne suivent pas un traitement au profit d'une autoprise en charge, que ce soit en comptant sur soi-même, en prenant des médicaments recommandés par l'entourage, ou bien encore d'autostratégies glanées, le plus souvent, sur Internet.

Quand le traitement est recommandé par un thérapeute, une prise en charge conservatoire est celle préconisée en première intention. La récurrence est habituelle que le trouble cervical soit bénin ou, au contraire, présente une douleur significative [6]. Les praticiens et les chercheurs, tout au long de la chaîne de santé publique, dans les champs médicaux ou de rééducations, doivent assumer la responsabilité de développer de futures stratégies de prévention, de prise en charge des sujets, et responsabiliser les sujets de façon à réduire l'incidence, la récurrence et les conséquences globalement engendrées par les cervicalgies.

PRINCIPES DE BASE À PROPOS DE LA DOULEUR CERVICALE

La douleur cervicale est un symptôme d'origines diverses. Les causes musculosquelettiques sont de loin les plus fréquentes. Toutefois, la douleur cervicale peut aussi avoir une origine autre que des problèmes musculosquelettiques comme une infection, une néoplasie, des problèmes vasculaires (dissection des artères carotide ou vertébrale), une maladie osseuse métabolique, une inflammation, des maladies neurologiques et/ou viscérales. Toutes ces causes suscitent une grande vigilance de la part des cliniciens.

Dans le champ musculosquelettique, toutes les structures du rachis cervical sont innervées, par conséquent toutes sont susceptibles d'être une source nociceptive déclenchant des douleurs cervicales en première intention. La douleur issue d'un problème musculosquelettique siège habituellement dans la partie postérieure du cou. Selon l'origine segmentaire ou la structure concernée, la douleur peut s'étendre vers la tête, l'épaule, la région thoracique haute ou vers l'extrémité du membre supérieur [7]. Bien que les problèmes musculosquelettiques cervicaux sous-tendent la douleur cervicale, il existe d'autres possibilités : la douleur cervicale et le dysfonctionnement sous-jacent peuvent être secondaires ou bien être une caractéristique de comorbidité des syndromes douloureux du complexe crâniomandibulaire, de l'épaule ou du membre supérieur. Mais également, le cou lui-même peut être un site de douleurs projetées plutôt qu'une source de douleur en lui-même. On rencontre cela dans des tableaux de migraines [8], de maladie cardiaque [9] ou de dissection des artères cervicales [10]. De tels tableaux cliniques mettent en évidence la nécessité d'une évaluation faite par un professionnel expérimenté. Les cliniciens doivent être capables d'identifier l'origine cervicale ou non de la douleur musculosquelettique et, quand celle-ci est présente, si elle est une cause primaire ou secondaire à un problème de comorbidité.

La douleur cervicale d'origine musculosquelettique se développe à partir d'une source nociceptive telle qu'un traumatisme localisé ou une contrainte-déformation d'origine mécanique, à partir d'une inflammation ou d'un traumatisme ou de l'irritation d'une racine nerveuse, c'est-à-dire une douleur neuropathique. D'une manière très simple, les signaux nociceptifs périphériques sont dirigés vers le système nerveux central dans lequel ils sont traités et modulés pour être distribués vers diverses régions de la moelle épinière et du cerveau. La communauté scientifique fait preuve actuellement d'un grand intérêt au sujet de la sensibilisation et de la neuroplasticité à tous les niveaux du système nerveux et de leur éventuel rôle dans la persistance de la douleur [11]. Il est bien connu que la douleur n'est pas seulement une sensation mais qu'elle est également un phénomène multidimensionnel créant des réactions émotionnelles modérées par la psychologie. Elles sollicitent la plasticité du système nerveux. Par exemple, il y a des facteurs sociaux et des modérations dues au travail ou au style de vie qui peuvent influencer la perception douloureuse et les

sensations nociceptives cervicales. La nécessité d'un examen clinique complet et effectué avec compétence est une évidence permettant de s'assurer d'une vue d'ensemble du patient et de ses problèmes cervicaux permettant de bâtir une prise en charge, la meilleure possible.

La douleur est fondamentale, elle est la première plainte des patients. Elle est leur premier but de traitement. Aussi importante la douleur soit-elle, ce n'est qu'un seul des problèmes du patient. La douleur et le traumatisme qui l'ont engendrée, dans quelque région du système musculosquelettique que ce soit, ont des répercussions profondes sur le système neuromusculaire. La région cervicale n'est pas une exception quand les modifications dans le comportement des muscles et des structures adjacentes ont été clairement établies [12]. Il n'y a aucune preuve que la fonction neuromusculaire retourne à la normale quand un épisode de douleur cervicale a été résolu. Il y a plutôt des preuves du contraire [13–16]. Le poids de la douleur cervicale chez de nombreux sujets montre une tendance à la récurrence ou à la persistance, avec de nombreuses années de douleurs et de handicap. La douleur cervicale plus ou moins permanente influe sur l'état physique et la qualité de vie [17]. Bien que la prise en charge de la douleur soit un but important, la meilleure prise en charge est aussi celle qui se concentre sur les risques de récurrence et de pérennité. La rééducation qui restaure la fonction neuromusculaire est une composante logique de tout programme de prise en charge.

La douleur n'est pas le seul symptôme d'une atteinte cervicale. D'autres symptômes peuvent inclure des sensations de vertige, de troubles de la vision et des difficultés cognitives telles que des difficultés de concentration [18]. Le rachis cervical est un important organe de la sensibilité proprioceptive. Avec, en simultané, des afférences vestibulaires et oculaires, associées à des stimulations somatosensorielles venues du reste du corps. On doit ajouter des afférences neuromusculaires venant des muscles du cou qui jouent un rôle important dans le contrôle de la posture, de la locomotion et de la vision. Quand les afférences cervicales sont perturbées, les déséquilibres entre les informations traitées par le système nerveux central venant de toutes les autres origines sont responsables des symptômes sous-jacents. Associés aux symptômes ressentis, les modifications dans la position des articulations cervicales et la sensation des déplacements, l'équilibre, le contrôle des mouvements oculaires ainsi que le lien

œil-position de la tête, la coordination des mouvements tête-tronc, sont présents d'une manière aléatoire. Les symptômes de vertige et de manque d'équilibre, les troubles visuels et les difficultés cognitives peuvent être fonctionnellement invalidants. La prise en charge doit aussi prendre en compte la localisation de tous ces symptômes et signes cliniques quand ils sont présents. Il y a de nombreux traitements qui peuvent soulager les symptômes mais, encore une fois, la diminution des symptômes ressentis ne signifie pas que les problèmes somatosensoriels soient automatiquement résolus [19]. La meilleure prise en charge devrait prévoir une rééducation spécifique des problèmes rencontrés, même si les signes cliniques sont en diminution graduelle, aussi bien que le soulagement des symptômes.

Modèle biopsychosocial

Les problèmes de douleurs cervicales sont multidimensionnels. Il y a environ 30 ans, Waddell [20] a adapté le modèle biopsychosocial d'Engel [21] créé pour la psychiatrie, aux douleurs lombales. Prendre en compte les signes cliniques, comme dans une approche médicale classique, ne peut pas à lui seul expliquer le handicap associé aux douleurs lombales et il n'est pas logique de séparer le patient de son état. Par conséquent, le modèle biopsychosocial a été adopté pour les douleurs cervicales aussi bien que pour tous les autres problèmes musculosquelettiques. Le modèle biopsychosocial, comme son nom l'indique, encourage la prise en compte simultanée de tous les problèmes physiologiques, psychologiques ainsi que les déterminants sociaux des patients qui consultent pour des douleurs cervicales. Ce modèle est en conformité avec d'autres cadres conceptuels comme la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Il promeut de prendre en compte et d'évaluer non seulement de multiples champs cliniques mais aussi les possibilités de modérations et de changements des signes observés à l'intérieur et entre tous ces champs cliniques. Ce modèle a ses limites. Il n'indique pas quels signes doivent être évalués dans chacun des champs cliniques et, par conséquent, ne met pas en évidence des techniques, ni ne guide dans le choix de ces dernières. Ce n'est pas un modèle pour sélectionner les techniques de rééducation à utiliser [22].

Le modèle biopsychosocial est souvent décrit sous la forme de trois cercles symétriques suggérant une «égale» contribution issue des domaines biologique, psychologique et social pour les problèmes ressentis

par chacun des sujets présentant des douleurs cervicales. Cette vision n'est pas exacte. Le rôle de chacun des trois domaines varie selon les patients (Fig. 1.1).

Pour un même patient, le rôle de chacun des trois domaines va probablement changer tout au long du déroulement de sa pathologie. Le modèle fournit une logique permettant de comprendre le handicap du patient présentant un syndrome douloureux cervical, au travers des évaluations et de la prise en charge. Le manque d'appréciation du rôle variable de chacun des trois domaines pour tout patient, ainsi que l'importance relative de chacun de ces domaines au début et à tous les points d'étapes, rendra inutile ou compromettra la prise en charge centrée sur le patient. Cela amène à des certitudes erronées concernant un traitement qui serait immuablement toujours le même.

DONNÉES ACTUELLES

Aucune approche, qu'elle soit médicale, kinésithérapique, chiropratique, psychologique, éducatives, alternative ou adjuvante n'a démontré une efficacité idéale dans la prise en charge des syndromes cervicaux, que ce soit en première ou en seconde intention. Des controverses

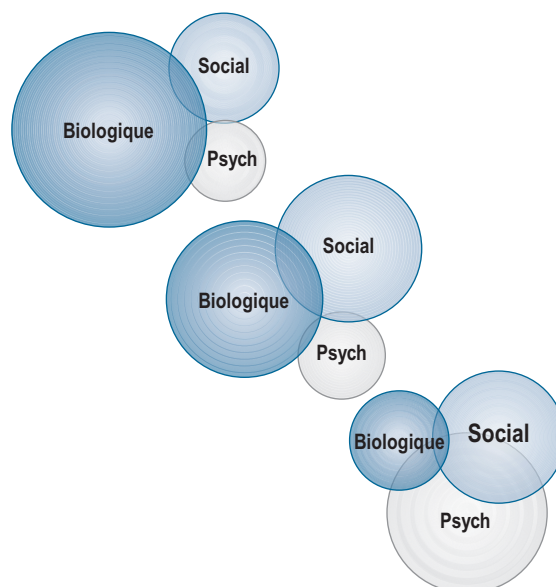


Fig. 1.1 ■ Les trois composantes du modèle biopsychosocial varient en importance et en intensité selon les patients et selon les phases de leur handicap, relatif aux douleurs cervicales. Trois exemples de la part relative des différents domaines sont présentés par ordre d'importance de leur fréquence probable sur la base des preuves actuelles.

existent au sujet de la prise en charge des cervicalgies. Bien que les thérapies kinésithérapiques conservatives n'aient pas vraiment prouvé leur efficacité absolue sur les syndromes cervicaux, elles restent positives. La majorité des patients ressentent des améliorations à la suite des traitements kinésithérapiques, même si elles sont minimales. Le défi est de sélectionner les moyens les plus appropriés et d'identifier ceux probablement les plus efficaces parmi tous les autres, de façon à faire les bons choix. Bien que ce ne soit pas une décision thérapeutique, basée sur une science absolue, des progrès ont été faits pour affiner nos décisions et relever le défi. Le présent ouvrage couvre tout le champ du possible en kinésithérapie et explore tous les problèmes posés par les cervicalgies depuis les bases et la recherche clinique appliquée dans un contexte biopsychosocial. Nous montrerons l'ensemble des recherches, les nôtres comme celles des autres chercheurs, ce qui permettra d'améliorer la compréhension des cervicalgies dans leur globalité. Cela permettra aussi d'améliorer l'information des patients à propos des évaluations proposées, du traitement mené et du pronostic envisagé. Nous présentons une recherche éclairée, une prise en charge compréhensible et une approche rééducative raisonnée, ce qui permettra de mettre en évidence les indications et les mises en œuvre de prises en charge individualisées et multidisciplinaires lorsque cela sera nécessaire. Toutefois, au début, nous présenterons certaines données et débats dans le domaine de la cervicalgie de manière à stimuler les savoirs de nos lecteurs pour que ceux-ci progressent tout au long de la lecture de ce livre.

Classification des douleurs cervicales

Toute classification est un sujet habituel en recherche physiothérapique et en pratique clinique. Il est bien connu que les problèmes de douleurs cervicales aussi bien que la plupart des syndromes musculosquelettiques cervicaux se présentent de façon très disparate. Une classification a pour but de regrouper les patients similaires. Son but principal est de définir les pathologies, d'aider aux prises en charge et de permettre la mobilisation des savoirs et des ressources nécessaires à la prise en charge des patients. Il existe de nombreux critères permettant de décrire et de singulariser les douleurs cervicales. L'idéal serait de n'avoir qu'un seul système de classification de définition et de description des problèmes cervicaux avec une unique prise en charge correspondante. Pour atteindre ce but, il est nécessaire de décrire brièvement certains des critères habituels sur lesquels les douleurs cervicales sont défi-

nies et d'explorer si oui ou non ces douleurs peuvent être retenues ou écartées d'un système de classification.

Définir les pathologies cervicales par le mécanisme d'apparition

Historiquement, les pathologies cervicales ont été groupées ou classées en trois domaines majeurs :

- douleurs cervicales d'origine mécanique (ou idiopathique ou non spécifique);
- douleurs cervicales d'origine traumatique (par exemple, problèmes associés à un traumatisme indirect en hyperflexion-extension [coup du lapin – ou *whiplash* –, traumatisme sportif, chute, traumatisme direct sur la tête ou le cou);
- douleurs cervicales dégénératives (spondylose) qui peuvent s'étager depuis un rétrécissement mineur du disque intervertébral jusqu'à des sténoses acquises (sténose du canal latéral – radiculopathie cervicale ou encore sténose du canal médullaire – myélopathie cervicale).

Deux de ces domaines font référence au mécanisme déclencheur et le troisième fait référence à la pathologie (voir paragraphe suivant). Une cause d'origine traumatique s'explique d'elle-même. Le terme d'*origine mécanique* est un terme descriptif, essentiellement d'exclusion, à propos d'une douleur survenue en dehors de toute notion d'accident ou de traumatisme, de toute référence à un processus inflammatoire ou de toute pathologie indénifiable, qu'elle soit intrinsèque ou extrinsèque. L'étendue de la signification du terme *douleur cervicale d'origine mécanique* est très large, incluant de très nombreuses causes de douleurs, y compris une douleur provoquée par un mouvement inhabituel ou une activité, une contrainte posturale ou encore des contraintes néfastes et répétées liées à des activités répétitives, statiques ou de port de charges excessives.

Il serait facile de rejeter cette classification première comme trop vague, mais il y a des différences entre les différentes causes de douleurs. En première approche, on peut dire que les sites anatomiques ou la nature de la pathologie peuvent différer. Un traumatisme à la suite d'un accident automobile ou un traumatisme avec un objet contondant peuvent entraîner des lésions de nombreuses structures cervicales différentes avec toute une gamme d'atteintes, comme une hémorragie ou une inflammation qui peuvent se produire à la suite de contraintes posturales accumulées ou bien d'activités

trop importantes [23]. Il y a de nombreuses similitudes quand on décrit des débuts insidieux aux douleurs cervicales mécaniques ou aux douleurs cervicales traumatiques dans le champ clinique musculosquelettique. Mais il y a aussi des différences. Il suffit de comparer des moyennes de population avec un traumatisme en hyperflexion-extension du cou avec des moyennes de population ayant des douleurs aiguës et des handicaps d'origine mécanique pour s'en rendre compte [24]. De plus, les cohortes de patients ayant subi un traumatisme en hyperflexion-extension présentent plus facilement une sensibilisation du système nerveux central [25]. Ils présentent aussi des déficits physiques plus importants [26,27] ou bien des modifications morphologiques des muscles cervicaux [28–30]. Ils ont aussi des insuffisances de la fonction somatosensorielle de grande intensité par rapport aux débuts insidieux d'une douleur cervicale [31]. Les réponses émotionnelles sont également souvent plus prononcées dans les troubles à la suite d'un coup du lapin. Comme il sera expliqué plus loin dans cet ouvrage, de telles différences ont des implications et des conséquences dans la conception et les contenus des programmes de prise en charge centrés sur le patient. Cette première classification des mécanismes originaux contribue donc à la caractérisation des patients et offre une contribution à leur évaluation et à l'établissement des programmes de soins. On ne peut donc pas la négliger.

Définir les atteintes de douleur cervicale par la pathoanatomie

Les termes *mécanique* ou *douleur cervicale non-spécifique* ou encore *problèmes associés à un coup du lapin* ont été adoptés à la place de termes nommant une lésion particulière ou une anatomie pathologique ou bien encore un processus pathologique dans l'appareil musculosquelettique cervical. Même de nos jours, les méthodes d'imagerie moderne comme un scanner ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) ne sont souvent pas assez sensibles pour identifier les lésions concernées [32,33]. Il n'y a souvent que peu de rapport entre les résultats radiographiques et la douleur [34]. Cette dissemblance a amené à ne plus recommander de faire une radiographie standard de la région cervicale en première intention à la suite d'un problème cervical. Des recommandations (Canadian Cervical Spine Rule [Règlementation canadienne concernant le rachis cervical], ou les critères de moindre risque de la National Emergency X-Radiography Utilization Study

[NEXUS]) ont été faites pour déterminer les indications spécifiques de l'imagerie, particulièrement dans le cas des traumatismes à l'origine des douleurs, de façon à éviter les radiographies inutiles [35]. L'absence d'une lésion détectable à la radiographie ne signifie pas forcément qu'il n'y a pas eu de lésions. Cela peut vouloir dire que la méthode d'imagerie ou la période pendant laquelle cette radiographie a été faite n'était pas appropriée pour détecter la lésion [25,32]. Il faut faire attention quand on informe le patient à la lecture d'une radiographie. Bien que les patients puissent être rassurés à la suite d'une radiographie lue comme normale, cela ne remet pas en question leur ressenti ou ne discrédite pas leur vécu douloureux. À l'opposé, les patients doivent aussi être rassurés : la présence des résultats radiographiques positifs ne signifie pas obligatoirement une aggravation de la douleur ou l'installation d'un handicap. Une communication restreinte des résultats des radiographies peut compromettre les relations entre le soignant et le patient. On doit toujours expliquer au patient les résultats de l'imagerie.

Dans les dernières décennies, on a constaté une disparition des tentatives de définir très précisément les lésions, ce qui est le reflet des défis que cela suppose dans leur identification et la différenciation au fur et à mesure des changements liés au vieillissement [34]. De plus, les résultats des radiographies n'indiquent qu'une direction limitée dans la prise en charge de la majorité des patients porteurs de troubles cervicaux douloureux. La mise en avant faite ci-dessus sur le domaine « biologique » était un concept important pour l'adoption du modèle biopsychosocial. Savoir qu'un patient présente une arthrose C2-C3 à la radiographie ne dit rien sur les mécanismes de la douleur, ni sur les réactions des systèmes neuromusculaires ou somatosensoriels ou bien encore sur les réponses émotionnelles aux déficiences permettant de guider le traitement. Cela dit, doit-on complètement abandonner le diagnostic pathoanatomique? Les chirurgiens opèrent à partir de la pathologie et, pour eux, un diagnostic pathoanatomique ne peut pas être abandonné. De la même manière, il serait prématuré d'affirmer qu'il faille écarter les radiographies comme étant non appropriées. Des recherches récentes à propos des IRM sur les douleurs lombales ont montré que la présence de trois signes ou plus sur les structures lombaires (par opposition à un seul signe ou même deux) est associée à un grand risque d'une future réapparition des douleurs lombales [36,37]. Ces résultats

sont encourageants et incitent à poursuivre l'examen de la pathoanatomie. Une piste similaire de recherches pour les pathologies cervicales a été ouverte puisque la douleur cervicale est aussi un problème récurrent susceptible de récidiver. Avoir une méthode pour identifier quantitativement les tableaux cliniques qui ont une grande chance de récidiver serait une grande avancée dans la planification des traitements. Il serait donc imprudent, à l'avenir, d'éliminer l'identification pathoanatomique dans les futures recherches et/ou prises en charge des pathologies cervicales.

Identifier ou nommer la lésion précise à l'intérieur des structures cervicales peut s'avérer difficile mais un tableau clinique associant un ensemble de symptômes peut être identifié avec une grande fiabilité pendant un examen clinique de patients faisant état de douleurs cervicales. Un examen manuel n'est pas sans controverse mais il y a maintenant un corpus de preuves suffisant montrant que celui-ci est une méthode clinique fiable pour localiser un segment cervical symptomatique [38–42]. Cela ne doit pas surprendre car, même à un niveau de base, la palpation des zones en tension est un examen kinésithérapique fondamental et il est attendu par tous les patients. L'identification du ou des segments pathologiques est importante pour mettre en évidence le problème et ne doit pas être écartée.

Définir les atteintes de douleur cervicale en fonction de la durée

Il est habituel de nommer la douleur sur la base de la durée : aiguë, subaiguë et chronique. Le critère qui permet de dire qu'une douleur est chronique est sa persistance au-delà de la durée normale de cicatrisation d'un tissu, c'est-à-dire, classiquement, au-delà de 12 semaines. Cette définition, basée sur la cicatrisation des tissus, est reconnue comme imparfaite [43]. La cicatrisation devrait se produire favorablement en deçà ou juste au-delà de ce cadre temporel ou bien ne jamais se produire (par exemple : comme dans un processus arthrosique ou une sténose spinale). La douleur cervicale est souvent décrite comme un problème épisodique avec des rémissions souvent de plusieurs mois ou même plusieurs années. Pendant ces périodes sans douleurs, les tissus ont apparemment cicatrisé. Est-ce qu'une douleur cervicale qui se manifeste de temps en temps peut être définie comme une douleur chronique? L'utilisation du temps pour classer les douleurs chroniques tend à décrire les douleurs comme « identiques » tout au long du processus douloureux qui peut durer plus de 12 semaines mais cela est loin de la réalité.

Qu'est-ce qu'une douleur chronique? La douleur chronique implique l'association de problèmes physiques périphériques et centraux, d'atteintes biochimiques de plusieurs appareils du corps humain, des processus de dysfonctionnement locaux, des réponses psychologiques ou des croyances personnelles de dévalorisation. L'association internationale d'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain [IASP]) [43] ne préconise pas l'emploi du terme *syndrome de la douleur chronique* parce qu'il implique habituellement une douleur persistante qui est provoquée par des changements de comportement induits par des problèmes psychologiques et sociaux. L'IASP admet que cette dénomination peut aider les cliniciens à évacuer le besoin qu'ont les patients d'avoir une prise en charge de leurs problèmes psychologiques et sociaux sérieuse et efficace. Le terme est aussi utilisé d'une manière méprisante vis-à-vis de certains patients. Tant qu'il n'y aura pas une meilleure taxonomie de la douleur chronique, cela obligera les chercheurs et les cliniciens à part égale à définir clairement les caractéristiques physiologiques et psychologiques de la douleur cervicale chronique de chaque patient ou de groupes de patients étudiés. Cela pour faciliter une communication précise et la prescription d'une prise en charge encore meilleure.

La classification basée sur le temps contribue certainement à définir les problèmes. Elle ne doit pas être négligée mais on doit connaître ses importantes limites.

Définir les douleurs cervicales par les mécanismes

Établir un diagnostic n'a d'intérêt que s'il aide à établir directement une prise en charge. En d'autres termes, les mécanismes sous-jacents aux symptômes et autres limitations fonctionnelles doivent être directement utiles pour établir un programme de rééducation.

Il est d'un grand intérêt de décrire les différents tableaux cliniques décrivant la douleur, la plasticité du système nerveux et comment elle peut être modulée par, à la fois, des symptômes endogènes et exogènes. La connaissance de ces phénomènes s'améliore et s'approfondit constamment. Les traitements peuvent être déterminés en suivant plusieurs pistes telles que : en quoi la douleur peut-elle avoir une origine nociceptive, inflammatoire ou neuropathique? Il est aussi important de savoir si le mécanisme est local ou généralisé ou bien si une hyperalgie thermique est présente, suggérant une sensibilisation du système nerveux central ou périphérique et, par extension, comment des éléments