



الجمعية الجزائرية للطب الفيزيائي و إعادة التأهيل
SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION



RECOMMANDATIONS

Nationales de consensus

PRISE EN CHARGE DE LA
DOULEUR NEUROPATHIQUE

08 JUILLET 2026

HÔTEL GOLDEN TULIP, ALGER

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION — SAMER
الجمعية الجزائرية للطب الفيزيائي وإعادة التأهيل

**RECOMMANDATIONS NATIONALES DE CONSENSUS
POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE
EN MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION EN ALGÉRIE**

Fruit d'un processus consensuel national de deux ans (2024–2026)

Journée de Consensus d'Etablissement des Recommandations Nationales

8 juillet 2026 — Hôtel Golden Tulip, Alger

Sommaire

- 1.— Préambule
- 2.— Objectifs
- 3.— Organisation de la conférence de consensus
- 4.— État des connaissances : Définition, mécanismes et gradation diagnostique
- 5.— État des connaissances : Épidémiologie et étiologies
- 6.— État des connaissances : Démarche diagnostique (R1)
- 7.— État des connaissances : Évaluation de la douleur (R2)
- 8.— État des connaissances : Principes généraux et stratégie thérapeutique
- 9.— État des connaissances : Traitement médicamenteux systémique (R3)
- 10.— État des connaissances : Traitements locaux et topiques (R4)
- 11.— État des connaissances : Traitements physiques et de réadaptation (R5)
- 12.— État des connaissances : Neuromodulation non invasive
- 13.— État des connaissances : Psychothérapie et approches complémentaires (R6–R9)
- 14.— État des connaissances : Approches interventionnelles et neurochirurgie (R10)
- 15.— État des connaissances : Populations particulières
- 16.— Algorithme de prise en charge
- 17.— Synthèse des recommandations
- 18.— Références bibliographiques
- 19.— Responsables du Comité National des Recommandations de consensus

1– Préambule

La douleur neuropathique, définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme une douleur consécutive à une lésion ou à une maladie affectant le système somatosensoriel, constitue un motif fréquent et invalidant de consultation en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) ^{1,2,3,4}. Elle touche entre 6%–10% de la population générale, altère profondément la qualité de vie, le sommeil et les capacités fonctionnelles, et répond mal aux antalgiques usuels, imposant une approche thérapeutique spécifique et multimodale ^{4,5}.

En Algérie, l'hétérogénéité des pratiques et l'absence de référentiel national adapté à l'exercice de la MPR justifiaient l'élaboration de recommandations de consensus. La Société Algérienne de Médecine Physique et de Réadaptation (SAMER) a conduit à cet effet un travail national de deux ans, dont la présente publication constitue l'aboutissement. Ces recommandations ont vocation à harmoniser la démarche diagnostique, évaluative et thérapeutique, à sécuriser le parcours de soins et à servir de socle à l'enseignement et à la recherche clinique dans la spécialité.

Elles s'adressent aux médecins spécialistes en MPR, aux médecins en formation (DEMS), ainsi qu'à l'ensemble des professionnels impliqués dans la réadaptation des patients douloureux chroniques. Elles ne se substituent pas au jugement clinique individualisé et devront être actualisées au regard de l'évolution des données scientifiques.

2– Objectifs

Objectif général

Élaborer des recommandations fondées sur les preuves pour optimiser la prise en charge de la douleur neuropathique en médecine physique et réadaptation.

Objectifs spécifiques

- Harmoniser les critères diagnostiques.
- Améliorer le dépistage précoce.
- Standardiser l'évaluation clinique et fonctionnelle.
- Définir les traitements pharmacologiques recommandés.
- Déterminer les indications des traitements non médicamenteux.
- Clarifier la place de la médecine Physique et de réadaptation.
- Promouvoir une approche multidisciplinaire centrée sur le patient.

3– Organisation de la conférence de consensus

L'élaboration du présent consensus repose sur une démarche méthodologique rigoureuse visant à produire des recommandations pratiques, scientifiquement fondées et adaptées à l'exercice quotidien de la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

La première étape correspond à la **phase préparatoire**, placée sous la responsabilité du promoteur SAMER. Celui-ci choisit le thème de la conférence, assure les moyens organisationnels et financiers nécessaires à sa réalisation et confie son organisation à un comité dédié.

Le **comité d'organisation** définit les objectifs de la conférence, élabore les questions auxquelles les recommandations devront répondre et met en place les différentes composantes du processus. Il constitue un groupe bibliographique chargé de réaliser une revue exhaustive de la littérature scientifique, désigne les experts qui présenteront l'état des connaissances, met en place un jury indépendant chargé de rédiger les recommandations finales.

Le **groupe bibliographique** effectue une recherche documentaire systématique dans les principales bases de données scientifiques afin d'identifier les études pertinentes, les recommandations internationales et les

niveaux de preuve disponibles. Cette analyse constitue le socle scientifique sur lequel s'appuient les travaux de la conférence.

La **conférence publique** représente le cœur du processus. Les experts présentent les données scientifiques les plus récentes, analysent les résultats de la littérature et exposent leurs expériences cliniques. Les échanges avec le jury et les participants permettent d'enrichir les débats, de confronter les points de vue et de préciser les questions nécessitant un consensus.

À l'issue de la conférence, le **jury se réunit à huis clos** afin d'examiner l'ensemble des données scientifiques et des discussions. En toute indépendance, il formule les recommandations en recherchant un accord fondé sur les preuves disponibles, la balance bénéfice-risque, la faisabilité des interventions et leur applicabilité dans la pratique clinique. Lorsque les données scientifiques sont insuffisantes, les recommandations reposent sur un consensus d'experts clairement identifié.

Enfin, les recommandations validées sont **diffusées auprès des professionnels de santé** afin de promouvoir une prise en charge homogène, fondée sur les données de la science et adaptée aux réalités de la pratique quotidienne. Elles constituent un outil d'aide à la décision destiné à améliorer la qualité des soins, l'harmonisation des pratiques et les résultats cliniques au bénéfice des patients.



3.1. Président de la journée

Pr BOUKARA Zouhir

Médecin Chef du Service MPR CHU Blida

Président de la Société Algérienne de Médecine Physique et Réadaptation SAMER

3.2. Coordinatrice du comité national des recommandations MPR

Pr EL ABED Fadia

Médecin Chef du Service MPR EHSB Dr Ouahrani Fethi Mustapha Oran

Membre de la Société Algérienne de Médecine Physique et Réadaptation SAMER

3.3 Coordinatrices-Superviseuses

Pr BENLEBNA Fréha /CHU Mostaganem

Pr ABIB DJAAFAR Rachida /CHU MUSTAPHA Alger

3.4. Membres du comité d'organisation

Pr Boukara Zouhir

Pr El Abed Fadia

Pr Kadi Djamila

Pr Lemai Soumaya

Pr Abib Djaffar Rachida

Dr Benzaoui Sabah

Dr Chouakri Selma

Dr Benhassine Nawel

Dr Maouche Lylia Luoiza

Dr Hameg Aldjia

Dr Benbellal Amina

Dr Souadih Souhila

Dr Negli Samir

Dr Bahloul Afaf

Dr Belhadi Hadjira

3.5. Membres du comité scientifique & de recherche bibliographiqueMédecins Coordinateurs :

Pr ZEMOUR Lakhdar - Epidémiologie et Médecine Préventive EHU Oran

Pr EL ABED Fadia - MPR EHSB Dr Ouahrani Fethi Mustapha Oran

Pr BENLEBNA Fréha - MPR CHU Mostaganem

Pr ABIB DJAAFAR Rachida - MPR CHU MUSTAPHA Alger

Médecins MPR :

Dr BENZAOUI Sabah - CHU Blida

Dr KEHLI Mohamed - HMRUO

Dr AIT ZIANE Sara - CHU Douira

Dr BELABBASSI H - CHU Douira

Dr BENSEKRANE Fatima - EHS BRULES Dr Ouahrani Fethi Mustapha Oran

Dr KADI Daoud - CHU Mostaganem

Dr AMOUR Soraya - CHU Sidi Belabbes

Dr HAMEG Aldjia - CHU Tizi Ouzou

Dr KHEDDACHE Sihem - EHS TIXERAINE Alger

Dr LEBANE Mohamed Amine - MPR LIBERAL

Dr LAIB Isma Sabrina - CHU Constantine

Dr MOHAMED BELKACEM Nesrine - CHU Oran

Dr FETTAR Hana - EHS SERAIDI Annaba

Dr BENCHERIF Ouassila - EHS BRULES
Dr Ouahrani Fethi Mustapha Oran
Dr YEKDAH Mirvet - MPR LIBERAL
Dr MOUFFOKES Souad /CHU Oran
Dr BOUMEDIENNE ZELLAT Belkacem - EHU Oran
Dr KELIL Sara Rym /CHU Constantine
Dr MAOUCHE Lylia Louiza - CHU Blida
Dr BAHLOUL Afaf - EPH Bachir Benacer - EPH Biskra

3.6. Membres de la table ronde

Président du jury

Pr BENSABER Ouassini / MPR CHU SIDI BELABBES

Membres du jury

Pr BOUKARA Zouhir - MPR CHU BLIDA
Pr TOUMI Nouredine - MPR EHS SERAIDI ANNABA
Pr KADI Djamilia - MPR CHU TIZI OUZOU
Pr EL ABED Fadia - MPR EHSB Dr OUAHRANI FETHI MUSTAPHA ORAN
Pr BENLEBNA Fréha - MPR CHU MOSTAGANEM
Dr AKRETICHE Nora - MPR EHS AZUR PLAGE ALGER
Pr CHOUAKRI Salima - MPR CHU MUSTAPHA ALGER
Dr NEGLI Samir - MPR EHS SERAIDI ANNABA
Dr FARSI Maamar - MPR PRIVE Président de l'AMLA (**Association des Médecins Physiques Libéraux Algériens**).
Dr LEBANE Mohamed Amine - MPR LIBERAL

Observateurs-Méthodologie

Pr MIDOUN Nori - Epidémiologie et Médecine Préventive EHU Oran
Pr ZEMOUR Lakhdar- Epidémiologie et Médecine Préventive EHU Oran

Rapporteur

Dr BELABBASSI H - MPR CHU Douira

3.7. Experts MPR Observateurs-invités

Pr DJAROUD Ziania - ORAN
Pr NOUAR Abdelkhalek Cherif/BLIDA
Pr RACHEDI Mohamed/ALGER
Dr HICHOURL Mouloud/CONSTANTINE

3.8. Expert invité épidémiologie et médecine préventive

Pr MIDOUN Nori - EHU ORAN
Pr ZEMOUR Lakhdar - EHU Oran

3.9. Experts multidisciplinaires

- Dr BENDIMERAD Naima Médecin représentante du **ministère du travail**
- Pr OURRAD Dahbia - Service de réanimation CHU BENI MESSOUS ALGER - SAASIU : **Société Algérienne d'anesthésie réanimation et des urgences**.
- Pr AMZIANE Belkacem - Chef de Service de réanimation. CHU DOUERA (Président du CLUB ALR Anesthésie **loco-Régionale** - SAASIU : **Société Algérienne d'anesthésie réanimation et des urgences**)
- Pr DAOUDI Smail - Chef de Service de neurologie CHU TIZI OUZOU & vice-président de la SANNC (**société algérienne de neurologie et neurophysiologie clinique**)
- Pr MERROUCHE Brahim -Chef de service de neurochirurgie - EPH BOUMERDES

3.10. Programme de la conférence publique

08h00- 08h15	Accueil des participants
08h15- 08h30	Cérémonie d'ouverture
Première session AVIS D'EXPERTS Modérateurs : M BEDJAOUI, Z. DJAROUD, A BELMIHOUB, K LAYADI, N TOUMI, Z. BOUKARA, F EL ABED	
08h30- 08h50	La Conférence de Consensus N Midoun Epidémiologie et Médecine Préventive EHU Oran
08h50- 09h10	Ethique et pratique de recommandations consensuelles en MPR et en recherche scientifique M Belhadj Médecine Légale CHU Mustapha Alger
09h10- 09h30	Fondements de l'éthique face à la douleur chronique : entre expérience vécue et devoir de soin. K Layadi Médecine Physique et Réadaptation CHU Oran
09h30- 09h50	Physiopathologie de la douleur neuropathique D Ourrad Anesthésie Réanimation CHU Beni Messous Alger
09h50- 10h10	Traitements médicaux de la douleur neuropathique S Daoudi Neurologie Médicale CHU Tizi Ouzou
10h10- 10h30	Place de la neurochirurgie dans le traitement de la douleur neuropathique B Merrouche Neurochirurgie EPH Boumerdes
10h30- 10h40	DEBAT
10h40- 10h50	PAUSE CAFE
DEUXIEME SESSION RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES QUE DIT LA LITTERATURE ? Modérateurs : N MIDOUN, O BENSABER, M BENMANSOUR, S LEMAI, M ADERKICHI, H ZEROUGA, D KADI	
10h50- 11h10	Outils de diagnostic, d'évaluation et causes de la douleur neuropathique R Abib Djaafar , S Benzaoui, A Hameg, MA Lebane, H Belabbassi, S Kheddache, B Boumedienne Zellat, A Bahloul
	Outils de diagnostic de la douleur neuropathique A Hameg , R Abib Djaafar, S Benzaoui, MA Lebane, H Belabbassi, S Kheddache, B Boumedienne Zellat, A Bahloul
	Outils d'évaluation de la douleur neuropathique S Benzaoui , R Abib Djaafar, A Hameg, MA Lebane, H Belabbassi, S Kheddache, B Boumedienne Zellat, A Bahloul
	Etiologies de la douleur neuropathique MA Lebane , R Abib Djaafar, S Benzaoui, A Hameg, H Belabbassi, S Kheddache, B Boumedienne Zellat, A Bahloul
11h10- 11h30	Traitement médicamenteux oral et local de la douleur neuropathique F Benlebna , N Mohamed Belkacem, S Ait Ziane, SR Kelil, M Kehli, S Amour, LL Maouche, D Kadi
	Traitement médicamenteux oral de la douleur neuropathique N Mohamed Belkacem , F Benlebna, S Ait Ziane, SR Kelil, M Kehli, S Amour, LL Maouche, D Kadi
	Traitement médicamenteux local de la douleur neuropathique S Ait Ziane , F Benlebna, N Mohamed Belkacem, SR Kelil, M Kehli, S Amour, LL Maouche, D Kadi

	Associations médicamenteuses dans le traitement de la douleur neuropathique et particularités chez l'enfant SR Kelil , F Benlebna, N Mohamed Belkacem, S Ait Ziane, M Kehli, S Amour, LL Maouche, D Kadi
11h30- 11h50	Traitements physiques, Adjuvants et Chirurgie de la douleur neuropathique F El Abed , H Fettar, M Yekdah, IS Laib, O Bencherif, F Bensekrane, S Mouffokes
	Traitements physiques de la douleur neuropathique H Fettar , F El Abed, M Yekdah, IS Laib, O Bencherif, F Bensekrane, S Mouffokes
	Traitements Adjuvants de la douleur neuropathique M Yekdah , F El Abed, H Fettar, IS Laib, O Bencherif, F Bensekrane, S Mouffokes
	Chirurgie de la douleur neuropathique IS Laib , F El Abed, H Fettar, M Yekdah, O Bencherif, F Bensekrane, S Mouffokes
11h50- 12h00	DEBAT
TROISIÈME SESSION RÉSULTATS DU SONDAGE NATIONAL DES MÉDECINS MPR Modérateurs : C ALLAM, S ARBAOUI, F BENLEBNA, N AKRETCHÉ, R ABIB DJAAFAR, K BERRAHAIL, M FARSI	
12h00- 12h20	L Zemour Epidémiologie et Médecine Préventive EHU Oran
12h20-12h30	CLOTURE
12h30	DEJEUNER & DEBUT DE LA TABLE RONDE

3.11. Méthodologie

Une revue de la littérature a été réalisée à partir des principales bases de données biomédicales et des recommandations nationales et internationales publiées par les sociétés savantes de référence. Les données ont été sélectionnées selon leur pertinence scientifique, leur niveau de preuve et leur applicabilité à la pratique clinique en MPR.

Élaboration et diffusion d'un questionnaire national d'établissement des recommandations et d'un sondage national auprès des médecins MPR.

Organisation de la Journée nationale de consensus (Alger, 8 juillet 2026) : avis d'experts, confrontation à la littérature, résultat du recensement national, vote formalisé et table ronde.

Déroulement chronologique des étapes de la conférence		
1 ^{ère} Etape	[9-4 mois] Avant la conférence	• Formation à l'analyse de la littérature du groupe bibliographique
2 ^{ème} Etape	[4-2 mois] Avant la conférence	• Relecture par le CO et remise des textes du groupe de travail bibliographique aux membres du Jury et aux experts
3 ^{ème} Etape	[1 mois] Avant la conférence	• Demande de complément d'informations par le Jury sur les textes des experts et du groupe bibliographique
4 ^{ème} Etape	La veille de la conférence	• Réunion du CO et des membres du Jury pour planifier le travail du Jury
5 ^{ème} Etape	J ₃ - J ₃₀ Après la conférence	• Mise en forme définitive des textes des recommandations, si nécessaire, avec validation par tous les membres du Jury
6 ^{ème} Etape	J ₃₆₅ Après la conférence	• Réalisation du deuxième temps de la mesure d'impact par Jury

Chronologie méthodologique

1.— Phase préparatoire :

- ① Précision du thème et élaboration d'un argumentaire
- ② Rédaction des questions et des sous questions de CC
- ③ Mise en œuvre de la méthodologie et la stratégie de discussion
- ④ Établissement d'une stratégie de mesure d'impact

2.— Formation à l'analyse de la littérature du groupe bibliographique :

- ⑤ Constitution du groupe bibliographique
- ⑥ Recherche bibliographique à partir des banques de données, à l'intention des membres du groupe bibliographique
- ⑦ Discussion à tour de rôle et synthèse des conclusions partielles
- ⑦ Lecture des recommandations et validation puis établissement d'un PV
- ⑨ Rédaction et diffusion des recommandations aux cibles (Différents établissements universitaires)

3.— 1 année après la réunion, l'évaluation doit se faire par :

- ⑩ Mesure d'impact
- ⑪ Proposition d'une étude multicentrique prospective

3.12. Règle de validation du vote

Le collège votant réunissait 11 experts MPR. Conformément au règlement adopté, chaque proposition était validée si elle recueillait au moins 8 voix sur 11 (seuil de 73 %). **Annexe**

Les niveaux d'accord nationaux retenus dans le présent document sont définis comme suit :

- Accord Fort : $\geq 90\%$ des votants (10–11 / 11)
- Accord : 73%–82% des votants (8–9 / 11)
- Proposition non retenue : $< 8 / 11$

Règles méthodologiques pour une réponse binaire

❶ Formulation de la recommandation : Chaque recommandation est rédigée de manière claire et non ambiguë.

Exemple : L'évaluation de la douleur neuropathique doit-elle comporter systématiquement l'utilisation du DN4 ?

❷ Vote individuel et anonyme : Chaque expert vote indépendamment.

Réponses possibles : Oui, Non, Abstention (ou ne se prononce pas)

❸ Calcul du niveau d'accord :

- Pourcentage d'experts ayant voté « Oui » est calculé.
- Abstentions sont généralement analysées séparément.

❹ Définition préalable des seuils : Seuils doivent être fixés avant le vote :

Recommandation retenue	Révision : Nouvelle discussion	Recommandation rejetée
Accord $\geq 80\%$	Accord $\rightarrow [70\%-79\%]$	Accord $< 70\%$

1. — Premier tour :

- Vote individuel de chaque expert
- Note seul le vote et sans discussion
- Analyse et présentation des résultats :
 - $\geq 80\%$: Consensus obtenu (si de votes favorables)
 - $[60\%-79\%]$: Discussion puis 2^{ème} tour
 - $< 60\%$: Recommandation rejetée

Experts ayant attribué des notes très basses ou très élevées expliquent leurs arguments et une reformulation de la recommandation peut être proposée.

2. — Deuxième tour :

- Présentation des résultats du 1^{er} tour
- Discussion collective pour les zones de désaccord
- Chaque expert ajuste son jugement

Le 2^{ème} vote sert à stabiliser les résultats:

Abstentions sont rapportées séparément pour des recommandations binaires, plusieurs modalités existent

3. — Modalité des votes

- ❶ Vote à main levée, sur questionnaire préétablie : Chaque expert vote « Oui », « Non » ou « Abstention »
- ❷ Vote secret sur bulletin papier : Chaque expert remplit un bulletin individuel
- ❸ Vote électronique anonyme : Anonymat garanti
- ❹ Vote Delphi : Vote individuel et anonyme à distance

3.13. Gradation du niveau de preuve

Recherche bibliographique des articles selon le niveau de preuve simplifié	
Niveau de preuve	Description
Fort	• Protocole adapté pour répondre à la question posée • Réalisation est effectuée sans biais majeur • Analyse statistique est adaptée aux objectifs • Puissance est suffisante
Intermédiaire	• Protocole adapté pour répondre à la question posée • Puissance nettement insuffisante (Effectif insuffisant ou puissance a posteriori insuffisante) • Et/ou des anomalies mineures
Faible	• Autres types d'études

Le niveau de preuve scientifique accompagnant chaque recommandation reprend la méthodologie GRADE utilisée par le groupe NeuPSIG de l'IASP dans sa mise à jour 2025 (recommandation forte / faible, selon le rapport bénéfice–risque et la certitude des données), triangulée avec les recommandations françaises 2020 ^{6,8}. Toutes les données citées sont référencées, vérifiables et issues de PubMed/Scopus.

4– État des connaissances : Définition, mécanismes et gradation diagnostique

La douleur neuropathique résulte d'une lésion ou d'une maladie du système nerveux somatosensoriel, central ou périphérique. ^{3,4} Elle se distingue de la douleur nociceptive par sa sémiologie propre : douleurs spontanées à type de brûlure, d'étau, de décharges électriques, associées à des dysesthésies (fourmillements, picotements) et à des signes sensitifs à l'examen (allodynie, hyperalgésie, hypoesthésie) ¹.

Les mécanismes physiopathologiques associent une sensibilisation périphérique et centrale, une hyperexcitabilité neuronale, une réorganisation corticale mal adaptative et une altération des contrôles inhibiteurs descendants — bases physiopathologiques qui sous-tendent l'intérêt des approches de réadaptation et de neuromodulation ⁴.

Le diagnostic repose sur le système de gradation de l'IASP, distinguant une douleur neuropathique possible, probable (signes sensitifs concordants) et certaine (preuve objective de la lésion) ^{2,3}. Cette gradation structure la démarche diagnostique recommandée ci-après.

5– État des connaissances : Épidémiologie et étiologies

La prévalence des douleurs à caractéristiques neuropathiques est estimée à 6,9%–10% dans la population générale ⁵.

En MPR, elles compliquent de nombreuses situations relevant de la spécialité (blessé médullaire, amputé, hémiplégie vasculaire, pathologies neuro-musculaires, lomboradiculalgies).

Le consensus national a validé une classification étiologique en douze grandes catégories, servant de cadre à l'orientation diagnostique :

- Neuropathies périphériques diabétiques et métaboliques
- Névralgies post-zostériennes et post-infectieuses
- Radiculopathies et lombosciatiques / cervico-brachialgies
- Douleurs post-chirurgicales et post-traumatiques (dont syndromes canaux)
- Douleurs du blessé médullaire (lésions médullaires)

- Douleurs centrales post-AVC
- Sclérose en plaques et pathologies démyélinisantes
- Douleurs du membre fantôme et du moignon (amputés)
- Névralgies crâniennes (dont névralgie trigéminal)
- Neuropathies toxiques et iatrogènes (chimio-induites)
- Syndrome douloureux régional complexe de type II
- Douleurs neuropathiques cancéreuses et post-radiques

► RECOMMANDATION R0 — Étiologies

Les étiologies de la douleur neuropathique sont regroupées en douze catégories, dont l'identification conditionne la prise en charge causale et symptomatique.

Consensus national : Accord Fort (11/11 — 100%) | **Niveau de preuve** : Avis d'experts, cohérent avec les référentiels internationaux ^{4,8}.

6— État des connaissances : Démarche diagnostique

Le diagnostic de douleur neuropathique est clinique. Il associe l'interrogatoire, un examen neurologique sensitif rigoureux (recherche d'allodynie, d'hyperalgésie, d'hypoesthésie dans un territoire neuroanatomique cohérent) et l'utilisation d'un outil de dépistage validé, le questionnaire DN4 (Douleur Neuropathique en 4 questions) ¹.

Le DN4, développé et validé par Bouhassira et al., comporte 10 items (7 d'interrogatoire et 3 d'examen clinique) ; un score $\geq 4/10$ oriente fortement vers une douleur neuropathique, avec une sensibilité et une spécificité élevée ¹. Il ne remplace pas l'examen clinique mais le complète, dans le cadre de la gradation IASP².

► RECOMMANDATION R1

Le diagnostic composite de la douleur neuropathique repose sur l'examen clinique neurologique et sur le questionnaire DN4 (seuil $\geq 4/10$), intégrés dans le système de gradation de l'IASP.

Consensus national : Accord Fort (10/11 — 91%) | **Niveau de preuve** : Fort — Outil validé ^{1,2}.

7— État des connaissances : Évaluation de la douleur

L'évaluation de l'intensité de la douleur utilise en pratique courante l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), simple, reproductible et sensible au changement, permettant le suivi longitudinal et l'évaluation de la réponse thérapeutique.

Cette évaluation quantitative est utilement complétée, selon le contexte, par des outils qualitatifs et fonctionnels : le Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI) pour le profil symptomatique, l'évaluation du retentissement sur le sommeil, l'humeur, la qualité de vie et l'autonomie, indispensable à une démarche de réadaptation globale ⁴.

► RECOMMANDATION R2

L'intensité de la douleur neuropathique est évaluée par l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), complétée par une évaluation du profil symptomatique et du retentissement fonctionnel.

Consensus national : Accord Fort (11/11 — 100%) | **Niveau de preuve** : Fort — Pratique standard ^{4,8}.

8— État des connaissances : Principes généraux et stratégie thérapeutique

La prise en charge est individualisée, multimodale et graduée par paliers, associant traitements médicamenteux, techniques physiques et de réadaptation, approches psychocorporelles et, en cas d'échec, techniques interventionnelles. Les objectifs sont réalistes : réduction de la douleur ($\geq 30\%$ –50%), amélioration du sommeil, de la fonction et de la qualité de vie, plutôt que disparition complète de la douleur ^{6,8}.

La stratégie médicamenteuse s'organise en lignes successives, conformément à la mise à jour 2025 des recommandations NeuPSIG de l'IASP, fondée sur une méta-analyse de 313 essais contrôlés randomisés (> 48 000 participants), la synthèse la plus étendue et la plus actuelle à ce jour ⁶.

9— État des connaissances : Traitement médicamenteux systémique

9.1.— Traitements de première ligne

Sont recommandés en première ligne, avec un niveau de preuve élevé (recommandation forte, certitude modérée) : les antidépresseurs tricycliques (Amitriptyline, Imipramine), les Gabapentinoïdes/ligands $\alpha 2\delta$ (Prégabaline, gabapentine) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa : duloxétine, venlafaxine) ^{6,7,8}.

- **Antidépresseurs tricycliques — Amitriptyline, imipramine** : efficacité établie ; prudence chez le sujet âgé (effets anticholinergiques, cardiovasculaires). Consensus national : accord Fort (11/11).
- **Gabapentinoïdes — Prégabaline, Gabapentine** : première ligne ; adaptation posologique progressive et prudence en cas d'association aux opioïdes. Consensus national : accord (10–11/11).
- **IRSNa — Duloxétine, Venlafaxine** : première ligne selon NeuPSIG 2025 et recommandations françaises ; à intégrer explicitement à l'arsenal national ^{6,8}.

La clomipramine n'a pas été retenue par le collège national (1/11), en l'absence de données spécifiques suffisantes dans la douleur neuropathique.

9.2— Traitements de deuxième et troisième lignes

En deuxième ligne figurent les traitements topiques (voir section 9) et les associations rationnelles (par exemple Gabapentinoïde + antidépresseur), utiles en cas de réponse partielle. ⁸ En troisième ligne, la mise à jour 2025 regroupe les opioïdes, incluant désormais le Tramadol (auparavant 2^{ème} ligne), et réserve leur usage, à la dose minimale efficace et pour la durée la plus courte — aux situations réfractaires ⁶.

- **Tramadol et opioïdes forts (morphine)** : troisième ligne, recommandation faible ; usage encadré en raison des risques de tolérance, de dépendance et d'effets indésirables. Consensus national : Tramadol (11/11), morphine (accord) ⁶.
- **Complexe vitaminique B** : adjuvant, notamment dans les neuropathies carencielles/métaboliques ; niveau de preuve faible, retenu par consensus national (accord) en appoint.
- **Myorelaxants** : en association et pour des indications ciblées (composante de spasticité/contracture associée) ; hors ligne spécifique de la douleur neuropathique.

► **RECOMMANDATION R3**

Le traitement médicamenteux suit une stratégie par lignes : 1^{ère} ligne — antidépresseurs tricycliques (Amitriptyline, imipramine), Gabapentinoïdes (Prégabaline, gabapentine) et IRSNa (duloxétine, venlafaxine) ; 2^e ligne (Topiques) et associations ; 3^{ème} ligne (Opioïdes dont Tramadol et Morphine, à usage encadré). Le complexe Vitaminique B est un adjuvant. La Clomipramine n'est pas retenue.

Consensus national : Accord (détaillé par molécule ci-dessus) | **Niveau de preuve** : Fort (1^{ère} ligne) à Faible (3^{ème} ligne) — NeuPSIG 2025 ⁶, SFETD 2020 ⁸.

10.— État des connaissances : Traitements locaux et topiques

Les traitements locaux sont particulièrement adaptés aux douleurs neuropathiques focales et périphériques, notamment chez les patients vulnérables (sujet âgé, polymédication), en limitant l'exposition systémique.

- **Patch anesthésiant (lidocaïne 5%)** : recommandé en deuxième ligne pour les douleurs neuropathiques périphériques localisées ; excellente tolérance. Consensus national : Accord Fort (10/11) ^{6,8}.
- **Capsaïcine topique à haute concentration (patch 8%)** : deuxième ligne pour les douleurs périphériques focales, à intégrer à l'arsenal national ^{6,14}.
- **Toxine botulique de type A (injections sous-cutanées/intradermiques)** : troisième ligne, recommandation faible, pour les douleurs neuropathiques périphériques focales réfractaires ; efficacité démontrée dans l'essai contrôlé randomisé BOTNEP. Consensus national : Accord (8/11) ^{6,9}.
- **Blocs nerveux** : option utile pour certaines douleurs focales et à visée diagnostique/thérapeutique. Consensus national : Accord Fort (11/11).
- **Infiltrations intra-articulaires** : réservées aux composantes nociceptives articulaires associées ; preuve limitée dans la douleur neuropathique proprement dite. Consensus national : Accord (8/11).

Le gel décontracturant local n'a pas été retenu (2/11), faute de rationnel spécifique dans la douleur neuropathique.

► **RECOMMANDATION R4**

Les traitements locaux privilégient, pour la douleur neuropathique focale périphérique : le patch de lidocaïne 5% et la capsaïcine 8% (2^{ème} ligne), la toxine botulique A (3^{ème} ligne, formes réfractaires) et les blocs nerveux. Les infiltrations intra-articulaires ciblent une composante nociceptive associée. Le gel décontracturant local n'est pas retenu.

Consensus national : Accord à Accord Fort (voir détail) | **Niveau de preuve** : Fort (lidocaïne, capsaïcine) à Faible (toxine botulique) ^{6,9,14}.

11— État des connaissances : Traitements physiques et de réadaptation

Cœur de la spécialité, les techniques physiques et de réadaptation occupent une place centrale dans une prise en charge multimodale de la douleur neuropathique. Le consensus national les a validées à l'unanimité.

- **Électrothérapie antalgique — neurostimulation électrique transcutanée (TENS)** : technique non invasive, bien tolérée, utile en appoint des douleurs neuropathiques périphériques ; les données restent de niveau modéré et justifient un usage intégré à un programme de réadaptation. Consensus national : accord Fort (11/11) ^{8,10}.
- **Réadaptation sensitive / désensibilisation** : reprogrammation sensorielle progressive, particulièrement pertinente dans les douleurs post-traumatiques, post-chirurgicales et les syndromes canaux. Consensus national : accord Fort (11/11) ¹¹.

- **Thérapie par le miroir** : fondée sur la correction de la plasticité corticale mal adaptative, indiquée notamment dans la douleur du membre fantôme et le SDRC ; le niveau de preuve reste hétérogène/limité, la technique étant recommandée par accord d'experts au sein d'un programme global. Consensus national : accord Fort (11/11) ¹¹.

► RECOMMANDATION R5

Les traitements physiques recommandés comprennent l'électrothérapie antalgique (TENS), la réadaptation sensitive (désensibilisation) et la thérapie par le miroir, intégrés à un programme individualisé de réadaptation.

Consensus national : Accord Fort (11/11 — 100% pour chaque modalité) | **Niveau de preuve** : Modéré (TENS) à Limité (thérapie miroir) — Accord d'experts ^{8,10,11}.

12— État des connaissances : Neuromodulation non invasive

La mise à jour 2025 des recommandations NeuPSIG a, pour la première fois, évalué conjointement pharmacothérapie et neuromodulation. La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) du cortex moteur primaire (M1) y figure en troisième ligne (recommandation faible) pour la douleur neuropathique réfractaire ⁶.

Les recommandations internationales dédiées à la rTMS accordent par ailleurs un niveau de preuve élevé (grade A) à la rTMS haute fréquence de M1 contralatéral dans la douleur neuropathique chronique, ce qui en fait une option de neuromodulation pertinente dans les centres MPR spécialisés disposant de l'équipement. ¹² La stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS) constitue une option en développement, de niveau de preuve moindre ⁶.

Ces techniques positionnent la MPR comme acteur de la neuromodulation antalgique et justifient le développement de plateaux techniques dédiés au niveau national.

13— État des connaissances : Psychothérapie et approches complémentaires

13.1— Psychothérapie

La prise en charge psychologique, en particulier les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), améliore le vécu de la douleur, l'humeur et le handicap chez le patient douloureux chronique ; elle fait partie intégrante de l'approche biopsychosociale de la douleur neuropathique ¹³. Consensus national : accord Fort (11/11).

► RECOMMANDATION R6

La psychothérapie, notamment les thérapies cognitivo-comportementales, est recommandée comme composante de la prise en charge multimodale de la douleur neuropathique chronique.

Consensus national : Accord Fort (11/11 — 100%) | **Niveau de preuve** : Modéré ¹³

13.2.— Approches complémentaires

Trois approches complémentaires ont été retenues par consensus national, avec un niveau de preuve faible reposant principalement sur l'avis d'experts. Elles s'entendent comme des options d'appoint, jamais en substitution des traitements de première intention :

- **Acupuncture — option d'appoint. Consensus national** : accord (8/11) ⁸.
- **Mésothérapie — option d'appoint** : preuves spécifiques très limitées dans la douleur neuropathique. Consensus national avec accord (8/11).
- **Hypnothérapie — option d'appoint**, dans le cadre de la prise en charge du retentissement et du vécu douloureux. Consensus national avec accord (8/11).

► RECOMMANDATION R7 – R9

L'acupuncture (R7), la mésothérapie (R8) et l'hypnothérapie (R9) peuvent être proposées comme approches complémentaires d'appoint, en complément — et non en remplacement — des traitements recommandés.

Consensus national : Accord (8/11 — 73% pour chacune) | **Niveau de preuve** : Faible — avis d'experts

14— État des connaissances : Approches interventionnelles et neurochirurgie

En cas d'échec d'une prise en charge médicale et de réadaptation bien conduite, une orientation vers des techniques interventionnelles ou vers la neurochirurgie doit être envisagée dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire. Ces options incluent, selon l'indication, la stimulation médullaire (Spinal Cord Stimulation) et les techniques neurochirurgicales de la douleur.

► RECOMMANDATION R10

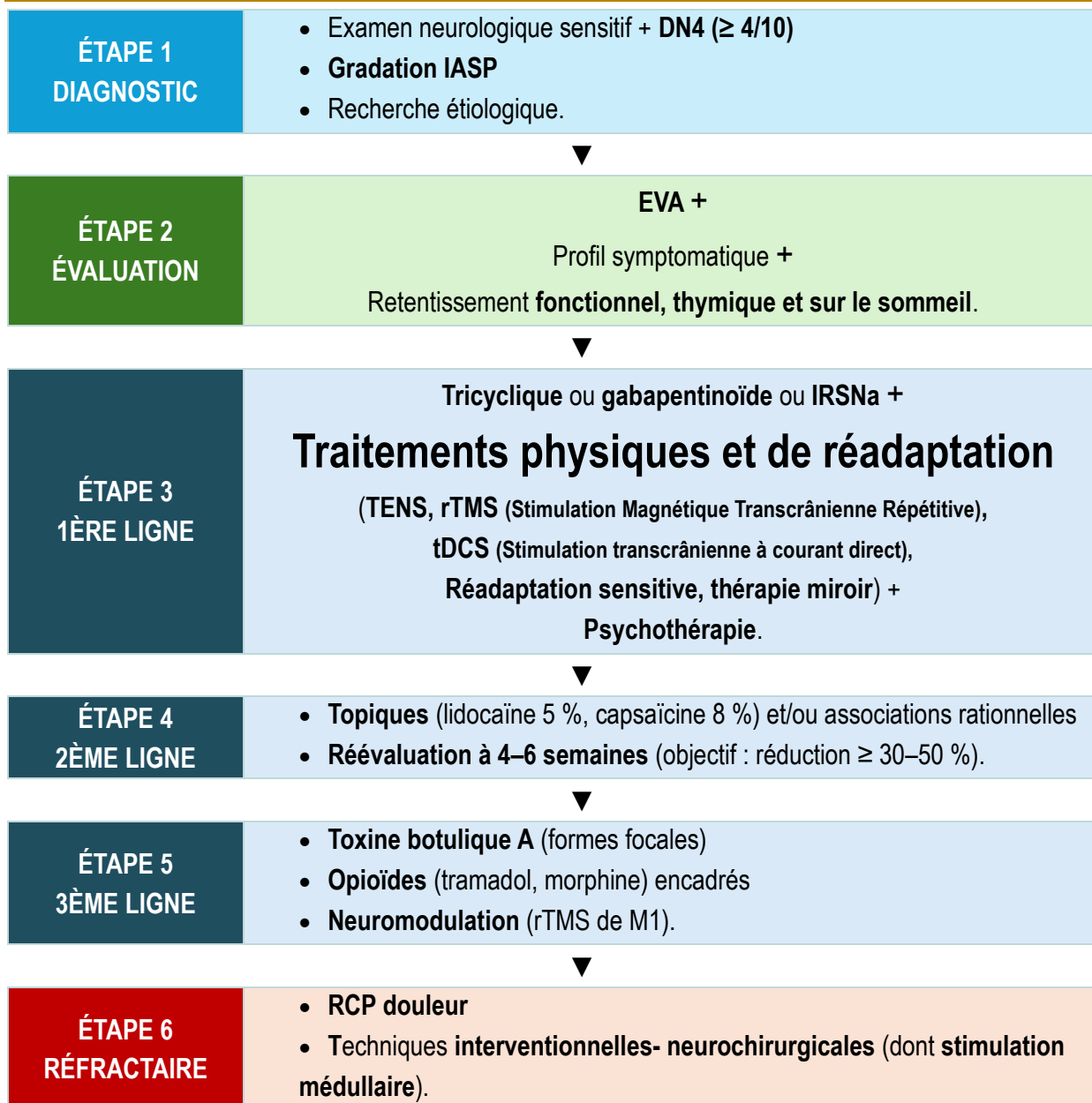
En cas d'échec des traitements médicamenteux, physiques et de réadaptation bien conduite, le patient est orienté vers une évaluation interventionnelle / neurochirurgicale, dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Consensus national : Accord (9/11 — 82%) | **Niveau de preuve** : Faible à Modéré — Avis d'experts ^{6,8}.

15— État des connaissances : Populations particulières

- **Sujet âgé** : privilégier les traitements topiques (lidocaïne, capsaïcine) ; prudence avec les tricycliques (effets anticholinergiques et cardiovasculaires) et les gabapentinoïdes (sédation, chutes) ⁶.
- **Enfant** : recours spécialisé ; adaptation posologique et surveillance renforcée ; place particulière des approches non médicamenteuses et de réadaptation.
- **Grossesse et allaitement** : évaluation stricte du rapport bénéfice–risque, en concertation ; privilégier les approches non médicamenteuses lorsque cela est possible.
- **Comorbidités psychiatriques** : intégration systématique de l'évaluation de l'humeur, du sommeil et du contexte psychosocial.

16. — Algorithme de prise en charge



Abréviations : DN4 = Douleur Neuropathique en 4 questions ; IASP = International Association for the Study of Pain ; EVA = Échelle Visuelle Analogique ; IRSNa = Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline ; TENS = Neurostimulation Électrique Transcutanée ; rTMS = Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive ; RCP = Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ; M1 = cortex moteur primaire.

17– Synthèse des recommandations

Réf.	Recommandations	Consensus national
R1	Diagnostic clinique + DN4 ($\geq 4/10$), gradation IASP	Fort (10/11)
R2	Évaluation par EVA + retentissement fonctionnel	Fort (11/11)

Réf.	Recommandations	Consensus national
R3	Stratégie médicamenteuse par lignes (1re : tricycliques, gabapentinoïdes, IRSNa)	Accord
R4	Topiques focaux (lidocaïne, capsaïcine, toxine botulique A, blocs)	Accord / Fort
R5	Physiques : TENS, réadaptation sensitive, thérapie miroir	Fort (11/11)
—	Neuromodulation non invasive (rTMS : stimulation magnétique transcrânienne répétitive, 3 ^{ème} ligne)	Littérature ^{6,12}
R6	Psychothérapie (TCC)	Fort (11/11)
R7–R9	Acupuncture, mésothérapie, hypnothérapie (appoint)	Accord (8/11)
R10	Échec → interventionnel / neurochirurgie (RCP)	Accord (9/11)

18.— Références bibliographiques

Références présentées selon le style Vancouver ; toutes vérifiables via PubMed (PMID) et/ou DOI.

- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelles J, et al.** Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005 ;114(1-2) : 29-36. doi:10.1016/j.pain.2004.12.010. PMID :15733628.
- Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, Baron R, Bennett DLH, Bouhassira D, et al.** Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain*. 2016;157(8):1599-1606. doi :10.1097/j.pain.0000000000000492. PMID : 27115670.
- Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al.** Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*. 2008;70(18):1630-1635. Doi :10.1212/01.wnl.0000282763.29778.59. PMID:18003941.
- Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, et al.** Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 ; 3 :17002. doi:10.1038/nrdp.2017.2. PMID : 28205574.
- Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C.** Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008 ;136(3):380-387. doi :10.1016/j.pain.2007.08.013. PMID:17888574.
- Soliman N, Moisset X, Ferraro MC, de Andrade DC, Baron R, Belton J, et al.** Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2025;24(5):413-428. doi :10.1016/S1474-4422(25)00068-7. PMID : 40252663.
- Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al.** Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2015;14(2) :162-173. doi :10.1016/S1474-4422(14)70251-0. PMID : 25575710.
- Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al.** Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. *Rev Neurol (Paris)*. 2020 ;176(5):325-352. doi:10.1016/j.neurol.2020.01.361. PMID : 32276788.
- Attal N, de Andrade DC, Adam F, Ranoux D, Teixeira MJ, Galhardoni R, et al.** Safety and efficacy of repeated injections of botulinum toxin A in peripheral neuropathic pain (BOTNEP): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*. 2016 ;15(6):555-565. Doi :10.1016/S1474-4422(16)00017-X. PMID :26947719.
- Gibson W, Wand BM, O'Connell NE.** Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9) : CD011976. doi :10.1002/14651858.CD011976.pub2. PMID:28905362.
- Kannan P, Bello UM, Winser SJ.** Physiotherapy interventions may relieve pain in individuals with central neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Ther Adv Chronic Dis*. 2022 ;13:20406223221078672. doi :10.1177/20406223221078672. PMID:35356293.

12. Lefaucheur JP, Aleman A, Baeken C, Benninger DH, Brunelin J, Di Lazzaro V, et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) : An update (2014–2018). Clin Neurophysiol. 2020 ; 131(2):474-528. doi :10.1016/j.clinph.2019.11.002. PMID : 31901449.

13. Williams ACDC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2020;8(8):CD007407. doi:10.1002/14651858.CD007407.pub4. PMID:32794606.

14. Derry S, Rice ASC, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2017 ;1(1):CD007393. doi : 10.1002/14651858.CD007393.pub4. PMID : 28085183.

19.— Responsables du Comité National des Recommandations

Président de la Journée de Consensus des Recommandations MPR	Coordinatrice du Comité National des Recommandations MPR
Prof. BOUKARA Zouhir	Prof. EL ABED Fadia
Médecin chef de Service de MPR, CHU de Blida (Hôpital Frantz Fanon)	Médecin Chef du Service MPR EHSB Dr Ouahrani Fethi Mustapha Oran
Président de la Société Algérienne de Médecine Physique et Réadaptation SAMER	Membre de la Société Algérienne de Médecine Physique et Réadaptation SAMER

Ces recommandations sont le fruit d'un travail collectif de deux années, associant le comité d'organisation, le jury national, le groupe de lecture et de recherche bibliographique, les experts MPR invités et les experts multidisciplinaires (épidémiologie, neurologie, anesthésie-réanimation, neurochirurgie, éthique médicale), sous l'égide de la SAMER.

Les auteurs adressent leurs sincères remerciements aux partenaires de l'industrie pharmaceutique et du matériel médical, notamment aux laboratoires CASAMEDICA, Upjohn Saidal Pharma, Soins IDEAL Care et SAIDAL, pour leur soutien logistique et institutionnel ayant contribué à l'organisation de la Journée des Recommandations Nationales de Consensus, tenue le 08 juillet 2026 à l'hôtel Golden Tulip Royaume.

Les auteurs déclarent que ce soutien n'a exercé aucune influence sur la conception, l'élaboration, le contenu scientifique, les délibérations, les recommandations formulées ou les conclusions du consensus. Ils attestent par ailleurs ne présenter aucun conflit d'intérêts en lien avec les travaux issus de cette réunion.

Prof BOUKARA Zouhir
Le Président de la SAMER
Pour le Comité National des Recommandations MPR,

ANNEXE

Réunion du Consensus d'établissement des recommandations nationales de Médecine Physique et de Réadaptation dans la Prise en Charge de la douleur neuropathique. Alger le, 8 Juillet 20226

Experts MPR présents 11 membres	Experts MPR absents 7 membres	Experts Invités MPR
Pr BOUKARA ZOUHIR Pr EL ABED FADIA Pr BENLEBNA FRIHA Pr BENSABER OUASSINI Pr TOUMI NOUREDDINE Pr NEGLI SAMIR Pr KADI DJAMILA Pr AKRETCHE NORA Pr CHOUAKRI SELMA DR LEBANE AMINE DR FARSI Maamar	Pr ALLAM CHAFIA Pr ARBAOUI SELIM Pr BELMIHOUB ABDERZAK Pr LAYADI KHALED Pr ZEROUGA HALIMA Pr BENMENSOUR MOHAMED Pr LEMAI SOUMAYA	Pr NOUAR ABDELKHALEK CHERIF Pr RACHEDI MOHAMED Pr DJAROUD ZIANIA DR HICHOUR MOULOUD

Condition du vote : basé sur le questionnaire, il sera validé si le nombre des votants est de 8/11

Le Questionnaire	Oui
Q1 : Diagnostic composite de la douleur neuropathique est basé sur l'examen clinique neurologique et l'échelle DN4	10
Q2 : Etiologies de la douleur neuropathique sont au nombre de 12	11
Q3 : Outil d'évaluation de l'intensité de la douleur neuropathique est EVA	11
Q4 : traitement médicamenteux	
• ANTIDEPRESSEURS	11
- Amitriptiline	11
- Emipramine	01
- Clomipramine	00
• ANTIEPILEPTIQUE	10
- Prégabaline	11
- Gabapentine	11
• OPIOIDE	09
- Tramadol	09
- Morphine	11
• COMPLEXE VITAMINIQUE B	10
• MYORELAXANTS en association	06
Q4 : Le traitement par voie locale	
• Injection de toxine botulique	08
• Gel décontracturant local	02
• Patch anesthésiant	10
• Infiltration intra articulaire	08
• Blocs nerveux	11
Q5 : Les traitements physiques	
• Electrothérapie et électrostimulations	11
• Rééducation sensitive	11
• La thérapie miroir	11
Q6 : Psychothérapie	11
Q7 : Acupuncture	08
Q8 : Mésothérapie	08
Q9 : Hypnothérapie	08
Q10 : En cas d'échec, orientez-vous les patients vers la Neurochirurgie	09