

Approche holistique de la douleur

17e colloque annuel de la Société française de médecine d'expertise (SFME) organisé à Paris le 4 décembre 2021.

C'est par une citation de Constance de Théis, poétesse française de la fin du 18e et du début du 19e siècle, qu'a débuté le colloque de la Société française de médecine d'expertise (SFME) consacré à une approche holistique de la douleur : « *La douleur se modifie suivant le caractère, chacun l'éprouve et la manifeste à sa manière ; et il faut craindre de juger défavorablement celui en qui elle ne se montre pas sous les formes ordinaires* ».

Pour le Dr Gilles Boniface, président de la SFME, ces propos apparaissaient comme la meilleure manière d'introduire bon nombre de thèmes développés au cours de cette journée d'études. Il a ensuite rappelé que « *contre la douleur physique, la thérapeutique possède de nombreux médicaments : les uns s'attaquent à la cause même de la douleur – anti-inflammatoires non stéroïdiens, anti-cancéreux, etc. ; les autres, purement symptomatiques, diminuent la perception des sensations douloureuses – anti-spasmodiques, etc.* »

Chacun d'entre nous ressent de la douleur, physiquement ou psychologiquement, de façon si fréquente que celle-ci semble faire partie de la vie-même, ainsi que l'a souligné Philippe Choulet, professeur honoraire

agrégé de philosophie : « *L'expérience de la douleur apparaît comme le signe que le vivant est bien vivant. C'est le signe que la vie est combat, lutte, conflit. La douleur est une épreuve qui entend aussi nous prouver à nous-mêmes que nous sommes des êtres sensibles.* »

La douleur peut également être vue comme un signal ou une réaction utiles face à une agression physique, comme l'a décrit Philippe Choulet : c'est un système d'alerte indiquant qu'il faut secourir l'organisme en danger. Cependant, ainsi qu'il l'a ajouté par la suite, « *la douleur au sens strict est incommunicable. C'est en tout cas ce que pensent la plupart des gens quand ils souffrent. Quand une personne éprouve de la douleur, elle l'éprouve dans sa singularité, dans l'originalité de son vécu, avec une intensité qui n'appartient qu'à elle. Si la douleur ne se partage pas, le souffrant peut néanmoins espérer l'écoute et le regard de l'autre homme, de celui que Freud appelle le *Nebenmensch*, le « prochain »* ».

Mais, pendant longtemps, le regard des médecins confrontés à la douleur de leurs patients était froid. Philippe Choulet a rappelé que « *les chirurgiens se sont*

longtemps fait un honneur d'être indifférents à la souffrance des patients parce que la seule chose qui importait était de passer à l'acte, quelle que soit la douleur ressentie, par exemple lors des amputations. Nous avons de nombreux témoignages de soldats de 14-18 sur le sujet : le médecin se devait d'être neutre face aux expressions de douleur du patient afin d'espérer le sauver. »

1. RAPPEL HISTORIQUE DE L'ANALYSE MÉDICALE DE LA DOULEUR

C'est en 1965 que commence l'histoire moderne de la douleur, avec la parution d'un article sur le sujet dans la revue Science, comme l'a indiqué le Dr Jean-Pierre Bénézech, professeur au CHU de Montpellier et responsable de l'unité mobile de soins palliatifs : « *À partir de ce moment-là, des réflexions ont été menées pour intégrer de nouveaux éléments dans l'analyse médicale de la douleur. Auparavant, on considérait que la douleur n'était qu'une réponse inévitable à un événement qui avait provoqué un intense stimulus ; c'est l'image du coup de marteau reçu sur le pied qui déclenche par réflexe des effets au niveau du cerveau et entraîne un enchaînement de réactions relatives à la douleur. Avec les nouvelles réflexions menées sur la douleur, on a pris conscience que cela ne marche pas forcément comme cela, que la douleur est un processus plus complexe qu'on le pensait alors. Par exemple, auparavant, on ne considérait pas qu'il pouvait y avoir une corrélation entre troubles psychologiques et douleur* ».

À partir des années 1970, de nombreux articles scientifiques ont mis en évidence les liens de la douleur avec la dépression, la colère, la peur ou l'anxiété. Cela a abouti à cette définition de la douleur à la fin de cette décennie-là : une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion. « *Dans cette définition, on peut constater qu'il n'est pas obligatoire qu'il y ait une lésion pour*



Dr Gilles Boniface, président de la SFME.

qu'apparaisse la notion de douleur ; une personne peut avoir le sentiment qu'elle a une lésion. La douleur peut être un ressenti personnel faisant penser à une personne qu'elle a une lésion ; il n'est pas obligé que cette lésion existe pour qu'on parle de douleur », a expliqué Jean-Pierre Bénézech.

Poursuivant son rappel historique, il a signalé que dans les années 2000 « on a découvert que la douleur pouvait aussi être provoquée par empathie. La douleur étant aussi communication, on peut en ressentir parce qu'on est en relation avec une personne qui souffre. Lorsqu'on est en situation d'empathie, sa propre matrice de la douleur peut parfois se déclencher à partir des neurones miroirs¹ ».

Jean-Pierre Bénézech précise que « la douleur est unique, propre à chacun d'entre nous. Chez certains soignants, le caractère singulier de la douleur peut déclencher de l'incompréhension : un patient peut par exemple affirmer avoir mal en permanence et signaler par ailleurs être parti se promener tout un après-midi. C'est simplement sa façon de vivre la douleur ; la douleur, ce n'est pas quelque chose de mécanique. J'ai par exemple rencontré un homme qui me disait ne pas pouvoir pousser un charriot avec des provisions plus de 5 minutes au supermarché parce que cela lui faisait trop mal au dos. Puis, au cours de notre discussion, à un moment il me dit que ce qu'il aime c'est faire du VTT en montagne et qu'il peut pratiquer cette activité sportive pendant deux heures sans aucune difficulté. Face à un tel cas, les seules choses qu'on peut constater c'est combien cette personne souffre quand elle est au supermarché et combien elle n'a pas mal quand elle fait du VTT en montagne. C'est tout ce qui peut être constaté ; on ne peut pas tirer davantage de conclusions de ces informations ».

Ce qui en revanche est désormais reconnu ce sont les liens entre douleur et troubles du sommeil : « Nous savons maintenant que les troubles du sommeil sont co-occurents de la douleur », a fait savoir Jean-Pierre Bénézech. « Durant les années 2000-2010, des études ont démontré que plus un patient souffre de troubles du sommeil, plus il ressentira de la douleur. Désormais, on peut dire de façon certaine qu'il n'y a pas de douleur chronique et complexe sans trouble du sommeil. Lorsqu'on questionne des patients qui éprouvent des douleurs, on constate qu'ils souffrent tous d'un trouble

du sommeil. Des comparaisons d'imagerie cérébrale ont été réalisées entre une personne ayant une lombalgie chronique et une personne ne ressentant aucune douleur : on a constaté que le cerveau d'une personne qui souffre de douleurs chroniques n'est jamais réellement au repos. Par ailleurs, des études ont montré que dans le cadre du suivi post-chirurgical, après la mise en place d'une prothèse de genou par exemple, si les soignants prennent en compte le traitement des troubles du sommeil, la présence de douleurs trois mois après la pose de la prothèse sera moins fréquente. »

2. TROIS GRANDS TYPES DE DOULEURS

Le Dr Thierry Sulman, rhumatologue, a confirmé cette corrélation entre l'épuisement physique lié à un mauvais sommeil et les douleurs. Il a ensuite fait savoir que depuis 2019, l'International Association for the Study of Pain (association professionnelle internationale qui promeut la recherche, l'éducation et les politiques pour la connaissance et la gestion de la douleur) a acté l'existence d'un troisième type de douleur, qui est venu s'ajouter aux douleurs nociceptives et neuropathiques déjà répertoriées.

Selon l'International Association for the Study of Pain, la douleur nociplastique désigne « une douleur qui résulte d'une altération de la nociception malgré l'absence d'évidence claire de lésion de tissu ou de menace de lésion causant l'activation des nocicepteurs périphériques ou d'évidence de maladie ou de lé-

sion du système nerveux somatosensoriel causant la douleur ». Actuellement, sont notamment reconnus comme douleurs nociplastiques la fibromyalgie ou le syndrome du côlon irritable.

La douleur nociceptive est, elle, définie comme un signal envoyé au cerveau suite à une lésion ou une inflammation des tissus ou un traumatisme (muscles, articulations). Cette douleur est généralement provoquée par une coupure, une brûlure, un traumatisme...

La douleur neuropathique (ou douleur neurogène) est, pour sa part, secondaire à une atteinte du système nerveux (central ou périphérique), c'est-à-dire touchant le cerveau, la moelle épinière ou les nerfs.

Thierry Sulman a en outre indiqué que la Classification internationale des maladies (CIM-11) de mai 2019 de l'OMS reconnaît la douleur chronique et la divise en deux catégories : les douleurs primaires et les douleurs secondaires. Dans ce document, la douleur chronique est définie comme une douleur qui dure ou réapparaît pendant plus de trois mois.

Les douleurs chroniques primaires sont considérées comme une maladie en soi. Elles sont caractérisées par une incapacité (ou invalidité) ou une détresse émotionnelle. Les douleurs chroniques primaires incluent notamment les douleurs chroniques généralisées (fibromyalgie, lombalgie non spécifique, syndrome douloureux régional complexe, etc.), les douleurs musculo-squelettiques chroniques...

Les douleurs chroniques secondaires sont un symptôme d'une maladie sous



Philippe Choulet, professeur agrégé de philosophie.



Dr Jean-Pierre Bénézech, professeur au CHU de Montpellier.

jacente. Elles sont classées en six catégories : la douleur chronique liée au cancer, la douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique, la douleur neuropathique chronique, les céphalées ou douleurs orofaciales chroniques secondaires, la douleur viscérale chronique secondaire, la douleur musculo-squelettique chronique secondaire.

Thierry Sulman a précisé que cette classification n'est pas un outil médico-légal mais un instrument qui permet de travailler sur la recherche de la douleur et de mieux connaître les mécanismes de celle-ci afin de mieux les traiter, et c'est un dispositif qui prend par ailleurs en compte l'aspect biopsychosocial des douleurs.

Thierry Sulman a en outre indiqué que « pour apprécier la sévérité de douleurs chroniques, un médecin expert doit en évaluer l'intensité. Pour ce faire, il va analyser les prescriptions médicales qui ont été faites grâce à ce que lui dit le patient et grâce aux divers certificats médicaux qui ont été établis par les médecins qui ont suivi celui-ci. Le médecin expert devra établir le retentissement de la douleur chronique dans la vie de tous les jours ».

3. LES DOULEURS DANS LE CADRE DE L'EXPERTISE NEUROLOGIQUE

Pour un neurologue, la douleur représente un véritable « challenge », ainsi que l'a souligné le professeur Serge Bakchine, chef du département de neurologie au

CHU de Reims : « La douleur est quelque chose de très subjectif ; cela est donc plus compliqué que des analyses d'hémiplégies ou de déficits sensitifs ou cognitifs par exemple. Pour ces analyses-ci, le neurologue dispose d'un savoir clinique et sémiologique particulièrement structuré par la logique de la neuroanatomie. Ce qui rend les choses d'autant plus compliquées avec la douleur c'est que même lorsqu'elle est physique elle est aussi très souvent l'expression d'une souffrance psychologique ou psychique ».

Serge Bakchine a souligné que la douleur est par ailleurs « évidemment un domaine idéal pour les simulateurs, ce qui entraîne une grande difficulté pour l'évaluation médico-légale. Nous sommes là dans un domaine subjectif pour lequel il existe finalement assez peu de supports d'évaluation permettant d'apporter une preuve d'authenticité. Cela rend très difficile l'exercice du diagnostic ».

Serge Bakchine signale que lorsque les médecins experts analysent la douleur d'un patient, ils ne doivent pas omettre d'étudier la iatrogénie médicamenteuse, autrement dit l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments.

Et qu'en est-il de la question spécifique des céphalées ? Serge Bakchine a indiqué que « les questionnements sur le sujet sont différents selon le moment où le patient est examiné. Juste après un traumatisme crânien, avoir des céphalées est quelque chose de très banal. Différentes causes peuvent alors expliquer leur pré-

sence : il peut s'agir d'une hémorragie méningée – autrement dit le fait d'avoir du sang dans les méninges, ce qui peut être particulièrement douloureux ; cela peut être des douleurs associées à des hématomes intracérébraux ou sudoraux qui entraînent une hyperpression intracrânienne ; etc. Dans les semaines qui suivent le traumatisme crânien, habituellement ces phénomènes s'amenuisent voire disparaissent. Cependant, on voit régulièrement apparaître un syndrome post-comotionnel. En effet, il peut y avoir des perturbations métaboliques induites par le choc cérébral – cela peut être une simple commotion sans aucune lésion –, qui sont de nature essentiellement biochimiques et peuvent entraîner un certain nombre de symptômes, parmi lesquels des céphalées, des sensations vertigineuses ou des difficultés cognitives. Ces symptômes disparaissent en général d'eux-mêmes en quelques semaines, ou au plus tard environ 4 ou 5 mois après le traumatisme crânien. Au-delà de cette durée, on n'est plus dans le cadre de ce syndrome post-comotionnel. Il faut alors, pour effectuer l'analyse des céphalées, les décrire de manière très précise et les catégoriser de manière rigoureuse. Pour cela, les médecins experts peuvent s'aider de la classification internationale des céphalées de l'IHS (International Headache Society) qui donne des critères et des descriptions très précises des différents types de céphalées ».

Serge Bakchine a précisé qu'il est important, lors d'un examen de patient pour céphalées, que le médecin ne soit « ni directif ni suggestif. Il faut laisser le patient décrire lui-même ses douleurs. La personne examinée pourra alors librement décrire des sensations d'étau, de brûlure, de décharge électrique ou de picotements plus ou moins vagues et diffus. La plupart du temps, classer une céphalée consiste à obtenir des données provenant d'échanges avec le patient. Le premier élément sémiologique à obtenir est la topographie : est-ce que la céphalée est focale ou diffuse ? Selon la réponse, de premières orientations pour le diagnostic émergent. La durée du phénomène douloureux est aussi très importante, ainsi que l'effet des antalgiques sur la céphalée. Il est aussi important de savoir si cela survient dès le matin au réveil ou alors en fin de journée ; dans le second cas, cela correspond généralement à des céphalées dites de tension ou psychogènes. La dernière information fon-



Dr Thierry Sulman, rhumatologue.



Dr Serge Bakchine, chef du département de neurologie au CHU de Reims.

damentale à recueillir est l'existence ou non de facteurs déclenchants, aggravants ou au contraire apaisants. Est-ce que la céphalée est déclenchée ou favorisée par le stress, la fatigue physique ou intellectuelle ? Ensuite, il faut recenser l'existence de symptômes accompagnant la céphalée (un état migraineux, des signes neurologiques déficitaires, des signes végétatifs locaux – larmoiement, écoulement nasal, etc.) et analyser certains éléments de la vie du patient (présence ou non d'un état anxieux, de souffrances psychologiques, etc.) ».

4. LA DOULEUR VUE PAR DES JURISTES

Dans le contexte spécifique de l'analyse de la douleur, « les avocats sont notamment là pour signifier la spécificité de chaque dossier, de chaque victime », ainsi que l'a fait remarquer Maître Ghislain Dechezleprêtre, avocat au barreau de Paris. Puis, il a souligné qu'il était important qu'il y ait « le maximum d'informations possible sur les patients dans les rapports d'expertise pour présenter au juge les spécificités de chacun des dossiers et permettre une indemnisation in concreto, au plus près de la réalité des victimes. Il faut notamment que l'expert soit précis sur le parcours de vie des patients, qu'il indique notamment leur profession. Pour un mannequin par exemple, une cicatrice sur le corps, au-delà de l'aspect strictement esthétique, peut provoquer une souffrance psychologique. Le préjudice esthétique peut générer une souffrance plus ou moins importante en fonction de la personne. »

Catherine Cosson, magistrate, Conseillère près la cour d'appel de Paris présidant une des chambres spécialisées dans le dommage corporel, a rappelé que « la douleur morale – ou douleur psychologique – est reconnue par la Cour de cassation depuis 1994, au moins ; il avait alors été indiqué que dans l'indemnisation de la douleur étaient prises en compte non seulement les souffrances physiques mais aussi les souffrances morales. Il ne faut donc pas les dissocier et que les parties demandent aux juridictions réparation d'un préjudice de souffrance d'un côté et d'un préjudice moral d'un autre côté, comme on le voit encore trop souvent. Il s'agit d'un seul et même poste de préjudice ».

Catherine Cosson a souligné que la douleur psychique peut prendre diverses formes :

- « Il peut s'agir d'une détresse

psychologique ayant pour origine un événement – considéré par la victime comme totalement incompréhensible – qui va générer de la peur, de l'anxiété, une dépression ou encore un trouble de stress post-traumatique.

- Cela peut aussi être une angoisse consécutive à une atteinte à l'intégrité physique ; il s'agit ici par exemple de personnes qui étaient incertaines de l'évolution de leur état de santé, une situation qui peut générer un état de stress ou de dépression. La première manifestation de ce type de dommage dans la jurisprudence concernait le préjudice spécifique de contamination, un préjudice qui a été reconnu notamment pour les cas de contamination de l'immunodéficience humaine (VIH) ou pour les cas de contamination par le virus de l'Hépatite C. Parmi les composantes du préjudice spécifique de contamination, on trouve les troubles psychiques liés à la contamination et à la réduction de l'espérance de vie ou encore à la crainte des souffrances qu'elles soient physiques ou morales. Pour que ce préjudice soit reconnu, encore faut-il que la victime ait eu conscience de cette contamination et des conséquences de celle-ci.

- Il existe également un préjudice d'angoisse consécutif à un traumatisme psychique. L'angoisse est alors ressentie indépendamment de toute atteinte à l'intégrité physique. Cela peut être causé par un accident, une catastrophe, un attentat ou tout événement pouvant faire craindre à une personne une issue dramatique. Ce traumatisme psychique est

indépendant des blessures corporelles ; il est donc indemnisable de la même façon qu'il y ait eu des blessures ou non, par exemple dans le cas d'une prise d'otages ou d'un attentat.

- Enfin, le préjudice d'angoisse de mort imminente vise à indemniser la souffrance morale causée à une victime qui pense, à tort ou à raison, que le moment de fin de sa vie est arrivée ».

Ce dernier préjudice peut être inclus dans les indemnités versées aux ayants droit de la victime après le décès de celle-ci.

Pour les participants, les informations échangées au cours de cette journée d'études semblent avoir apporté, comme le souhaitait Gilles Boniface, quelques éclaircissements à des assertions littéraires comme : « Cultiver sa douleur c'est cultiver son moi, c'est s'occuper de soi » (Henri-Frédéric Amiel, philosophe suisse du 19e siècle) ou « Rien n'est vrai, rien n'est faux ; tout est songe et mensonge, illusion du coeur qu'un vain espoir prolonge. Nos seules vérités, hommes, sont nos douleurs » (Alphonse de Lamartine).

Note

1 Dans le domaine des neurosciences cognitives, on estime que les neurones miroirs joueraient un rôle dans la cognition sociale, notamment dans l'apprentissage par imitation, ainsi que dans les processus affectifs tels que l'empathie. Ils sont notamment connus pour être responsables du bâillement lorsque nous voyons quelqu'un d'autre bâiller.



Ghislain Dechezleprêtre, avocat au barreau de Paris.



Catherine Cosson, magistrate, conseillère près la cour d'appel de Paris.