



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Communication

## La perception de la douleur d'autrui

### *Estimation of the pain severity of others*



Nicolas Danziger

Département de neurophysiologie clinique et consultation de la douleur, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 37, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

#### INFO ARTICLE

##### Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 20 février 2014

##### Mots clés :

Antalgique  
Douleur  
Empathie  
Médecine  
Relation soignant-soigné

##### Keywords:

Analgesic  
Empathy  
Medicine  
Pain  
Professional-patient relations

#### RÉSUMÉ

La pratique médicale moderne, centrée sur l'investigation à visée diagnostique et sur le traitement étiologique, a longtemps appréhendé la douleur uniquement comme un indice susceptible de guider le clinicien dans sa recherche des causes de la maladie. Si de nos jours la douleur des patients semble globalement mieux prise en compte, en particulier du fait de la généralisation progressive d'échelles d'évaluation, son estimation par le médecin ou le personnel soignant reste soumise à de nombreux biais qui nuisent souvent à la qualité de la prise en charge antalgique.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

Modern medical practice, which is largely focused on diagnosis and disease origins, has long viewed pain mainly as an indicator for identifying the potential causes of a disease. Even though today, a patient's pain appears to be better accounted for – especially due to the widespread use of rating scales – the overall estimation of pain severity is still subject to a number of variables that may impede the quality of medical care and pain alleviation.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

La pratique médicale moderne, centrée sur l'investigation à visée diagnostique et sur le traitement étiologique, a longtemps appréhendé la douleur uniquement comme un indice susceptible de guider le clinicien dans sa recherche des causes de la maladie. Dans ce contexte, l'évaluation précise de l'intensité de la douleur et l'optimisation du traitement antalgique étaient loin de constituer une priorité. Si de nos jours la douleur des patients semble globalement mieux prise en compte, en particulier du fait de la généralisation progressive d'échelles d'évaluation (telles que l'échelle visuelle analogique), son estimation par le médecin ou le personnel soignant reste soumise à de nombreux biais qui nuisent souvent à la qualité de la prise en charge antalgique.

## 2. Une tendance générale à la sous-estimation de la douleur des patients

De nombreuses études cliniques ont montré que les soignants, médecins et infirmières principalement, avaient généralement

tendance à sous-estimer la douleur de leurs patients. Par exemple, dans une étude portant sur l'estimation de l'intensité de la douleur ressentie par des patients admis aux urgences, le score de douleur rapporté par les patients eux-mêmes s'élevait à  $7,7 \pm 2,2$  sur une échelle numérique de 0 à 10, tandis que l'évaluation faite par les infirmières devant les prendre en charge était seulement de  $4,2 \pm 2,3$  [20]. Cette tendance à sous-estimer la douleur des patients ne se limite pas au contexte clinique des urgences et concerne aussi bien la douleur aiguë que la douleur chronique. Ainsi, une étude portant sur 738 patients consultant leur médecin généraliste en raison d'une douleur a mis en évidence une très faible concordance entre la douleur rapportée par le patient et l'estimation faite par le médecin, et ce indépendamment du type de douleur : dans 37 % des cas, l'évaluation effectuée par le médecin à l'aide d'une échelle visuelle analogique de 100 mm était inférieure de plus de 20 mm à celle du patient et cet écart atteignait même 40 mm dans 20 % des cas [13].

Une telle sous-estimation systématique de la douleur d'autrui a également été observée dans le cadre d'études expérimentales portant sur l'évaluation de la douleur à partir de l'expression faciale des patients. Dans ce contexte, la sous-estimation de la douleur d'autrui semble liée au fait que certains indices d'intensité de la douleur, pourtant présents sur le visage de celui qui souffre, ne sont pas correctement décodés par l'observateur [18].

Adresse e-mail : [nicolas.danziger@psl.aphp.fr](mailto:nicolas.danziger@psl.aphp.fr)

### 3. Principaux biais de jugement dans l'estimation de la douleur d'autrui

#### 3.1. Biais de jugement liés au sexe, à l'origine ethnique et à l'âge du patient

Pour tenter d'expliquer cette tendance générale à la sous-estimation de la douleur d'autrui, plusieurs études ont cherché à identifier des facteurs susceptibles d'influencer le jugement de l'observateur. Les résultats de ces études suggèrent que le sexe, l'âge, l'origine ethnique et même l'apparence physique d'un patient peuvent interférer avec l'estimation que le médecin fait de sa douleur et influencer le choix du traitement antalgique.

Les biais de jugement liés à l'origine ethnique du patient apparaissent par exemple clairement dans une étude israélienne portant sur l'évaluation de la douleur de parturientes juives ou bédouines lors de leur accouchement. En effet, dans cette étude les médecins et les sages-femmes juifs sous-estimaient de façon très significative la douleur des patientes bédouines par rapport à celle des patientes juives, alors que l'intensité de la douleur rapportée par les patientes elles-mêmes était tout à fait similaire dans les deux groupes [23]. Cette observation corrobore les résultats de plusieurs études faites aux États-Unis montrant que les patients appartenant à une minorité ethnique (Noirs et Hispaniques) bénéficient en moyenne d'un traitement antalgique significativement moindre par rapport aux patients blancs se trouvant dans des situations douloureuses similaires [27].

Les enfants, en particulier les tout-petits, subissent également souvent les conséquences d'une sous-estimation de leur douleur par les soignants. La reconnaissance de la douleur du nouveau-né et le développement d'outils d'évaluation spécifiquement destinés à l'évaluation de la douleur de l'enfant en fonction de son âge constituent des étapes relativement récentes dans l'histoire de la pédiatrie [8]. Certains présumés ont longtemps conduit à considérer les cris et l'expression faciale de douleur des nouveau-nés comme des réactions automatiques non liées à une expérience consciente, justifiant ainsi la réalisation d'interventions chirurgicales sans anesthésie. Des données récentes suggèrent que la douleur de l'enfant continue d'être largement ignorée dans la pratique médicale courante. À titre d'exemple, une analyse comparative des modalités de traitement antalgique d'enfants et d'adultes admis aux urgences dans un contexte de douleur aiguë liée à une fracture, à une brûlure du second ou du troisième degré ou à une crise drépanocytaire a montré une sous-prescription d'antalgiques nettement plus prononcée chez les enfants, *a fortiori* chez ceux dont l'âge était inférieur à deux ans [22]. Les handicapés et les sujets âgés, surtout s'ils présentent des troubles cognitifs, sont souvent victimes du même genre de stéréotypes, en dépit du fait que plusieurs études aient souligné la fiabilité de l'expression faciale comme indice de l'intensité douloureuse dans ce type de situations où la communication verbale peut s'avérer déficiente [12].

#### 3.2. Biais de jugement liés à l'intensité de la douleur et à l'absence de preuve étioologique

L'intensité de la douleur alléguée par le patient et le degré de certitude quant à son étiologie sont également susceptibles d'influencer le jugement du médecin : ce dernier a en effet d'autant plus tendance à sous-estimer la douleur du patient que l'intensité de celle-ci est élevée et qu'aucune étiologie n'a été clairement identifiée. L'existence de ces biais de jugement a été bien démontrée à la fois dans le contexte de la consultation chez le médecin généraliste [13], dans celui des urgences [14], et dans un paradigme expérimental utilisant des cas cliniques fictifs. Dans cette dernière étude, des médecins internistes devaient évaluer

l'intensité d'une douleur de lombosciatique à partir des récits écrits de cas différents entre eux quant à l'intensité de la douleur rapportée par le patient et quant à la présence ou à l'absence d'une hernie discale visible sur l'imagerie lombaire. L'écart entre l'intensité de la douleur rapportée par le patient et l'estimation faite par le médecin était nettement plus marqué en cas de douleur élevée et en l'absence de hernie discale visible [26], et ce alors même que le médecin avait connaissance de l'évaluation quantitative faite par le patient lui-même. Ces données suggèrent donc que ce sont les patients qui ont le plus besoin de voir leur douleur estimée à sa juste valeur (du fait de sa forte intensité) qui risquent le plus de ne pas être crus et de ne pas recevoir un traitement antalgique approprié. Elles montrent par ailleurs que le médecin, lorsqu'il évalue la douleur d'autrui, demeure souvent prisonnier d'un mode de pensée anatomo-clinique classique qui peine à intégrer l'absence de corrélation entre l'intensité douloureuse et l'importance des lésions anatomiques visibles qui constitue pourtant un fait clinique largement démontré, en particulier dans le contexte de la douleur chronique.

Dans la pratique clinique, les conséquences de ces biais de jugement sont majeures, comme en témoignent la grande fréquence de la sous-estimation de la douleur des patients et le recours souvent abusif à un schéma explicatif de type psychosomatique dans des situations où les examens complémentaires s'avèrent normaux, telles que par exemple les névralgies cervico-brachiales chroniques secondaires à un coup du lapin, la fibromyalgie ou les polyneuropathies douloureuses touchant exclusivement les fibres sensibles de fin calibre. Ce déni de la douleur d'autrui se trouve malheureusement aggravé par le climat de suspicion qui pèse parfois sur le patient, en particulier dans le contexte de l'expertise médicale, quant aux éventuels bénéfices secondaires qu'il pourrait tirer de sa douleur. Plusieurs études expérimentales ont d'ailleurs bien montré que le simple fait de suggérer à un observateur que certains patients pourraient simuler la douleur (par exemple en vue d'obtenir des narcotiques) conduit à une sous-estimation plus prononcée de la douleur d'autrui à partir de l'expression faciale [11,17].

#### 3.3. Autres biais de jugement potentiels

L'expérience préalable de l'observateur peut aussi influencer son estimation de la douleur d'autrui, et ce de façon très différente selon la position qu'il occupe vis-à-vis du sujet douloureux. Ainsi, par rapport à un groupe témoin, les proches d'un patient douloureux chronique sont-ils plus à même d'estimer correctement l'intensité de la douleur d'autrui à partir de l'expression faciale alors que des kinésithérapeutes ayant l'habitude de prendre en charge des patients douloureux chroniques et, donc censés avoir un jugement particulièrement sûr dans ce domaine, ont au contraire tendance à nettement sous-estimer la douleur exprimée sur le visage des patients [18].

Nous avons par ailleurs montré récemment que les patients dépourvus de sensation douloureuse depuis leur naissance (par absence ou défaut de fonctionnement des fibres nerveuses périphériques de fin calibre) avaient globalement tendance à sous-estimer la douleur d'autrui lors de scènes de blessures ou d'accidents dépourvus d'indices émotionnels de douleur telles que l'expression faciale ou la vocalisation [5,19]. De façon intéressante, l'estimation par ces patients de l'intensité de la douleur d'autrui était étroitement corrélée à leur capacité d'empathie, mesurée à l'aide d'un questionnaire : les patients peu empathiques avaient tendance à nettement sous-estimer la douleur d'autrui, tandis que les patients dotés de capacités d'empathie élevées parvenaient à l'estimer correctement. Chez les sujets sains, en revanche, aucune corrélation n'était observée entre l'estimation de la douleur d'autrui et le degré d'empathie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/312515>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/312515>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)