

HÉNAURME**« Lettre à un pseudo-expert »****Aux médecins
Aux patients****Aux scientifiques en neurosciences
Aux thérapeutes****Claude SPICHER, OT, swiss HT¹**

Un jour, lassé par des opérations trop répétitives et par la litanie des consultations pré- et post-opératoires, vous vous êtes lancés dans le métier d'expert aséurologique. *A priori*, ce rôle nécessaire de contrôle à la fraude aux assurances présentait un panel de tâches qui pouvait re-donner du sens à votre existence : évaluer les stratégies thérapeutiques afin de savoir ce qu'il est juste et bon de faire pour un patient qui souffre. L'ennui, c'est que cette activité se pratiquait dans le même lieu et avec les mêmes habits que ceux d'un chirurgien de la lignée millénaire des Hippocrates : pour l'assuré que vous aviez convoqué, il n'était pas écrit sur votre front que vous en aviez terminé – à raison – avec le postulat de sincérité : ne pas suspecter l'inauthenticité de l'expression que le patient présente de sa douleur (Vannotti & Célis – Gennart, 1998).

Depuis quelques mois, vous avez drastiquement simplifié le processus, vous ne prenez même plus la peine d'écouter l'assuré que vous n'entendiez, de toute manière, pas : vous faites des expertises sur dossier. Quel gain de temps, quelle économie d'énergie, mais aussi quelle prise de risque pour se tromper !

Voici une nouvelle perle pour notre collier « Hénaurme » : le Champignac du raisonnement clinique le plus foireux, la palme au vice de la pensée, le florilège des phrases lues dans des rapports.

**« Je n'ai pas pris en compte les facteurs non somatiques
pour répondre aux questions qui me sont posées. »**

Au siècle passé, il y a 40 ans, l'*International Association for the Study of Pain (IASP)* définissait la douleur de la manière suivante : « Une expérience sensorielle **ET** émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en terme d'une telle lésion » (Merskey, 1979 ; Merskey & Bogduk, 1994 ; Loeser & *IASP Taxonomy Working Group*, 2011).

¹ Collaborateur scientifique, Département des neurosciences et des sciences du mouvement, la Faculté de médecine, Université de Fribourg ; 5, Rue du Musée ET Centre de rééducation sensitive ; Clinique Générale ; Rue Hans-Geiler 6 ; CH - 1700 Fribourg (Suisse) reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

Aujourd'hui, un consensus s'est tissé autour de cette définition ; il n'y a pas un congrès où quelque orateur ne la cite à un moment donné ou à un autre.

« La signification intime de la douleur est la clé de son intensité et de sa durée (...). Le biologique lui-même est constitué d'innombrables interactions. Il s'enracine dans une série de couches de sens où interfèrent des événements biographiques. L'**organique** et le **sémantique** se mêlent à travers les médications, les soins, la qualité ou non de l'accompagnement de l'entourage, le sens de la douleur pour l'individu et la clairvoyance des thérapeutes qui accompagnent le patient. » (Le Breton, 2017)

Les facteurs psychologiques, qui étaient auparavant considérés comme des "réactions à la douleur", sont actuellement considérés comme faisant partie intégrante du traitement de la douleur.

Par le passé, il était considéré que la douleur était produite directement par une **entrée** sensorielle provoquée par une blessure ou une inflammation. Grâce notamment aux réflexions de Ronald Melzack, dont le point de départ était le besoin d'expliquer les douleurs neuropathiques fantômes, il est considéré maintenant que la douleur est générée par la **sortie** d'un réseau neuronal largement distribué dans le cerveau. Ce réseau neuronal est appelé **neuromatrice** (Melzack, 2001).

La modulation de la sortie d'un symptôme douloureux est ainsi déterminée par de multiples influences ; l'entrée sensorielle somatique n'en étant, le cas échéant, qu'une variable parmi d'autres (Melzack, 1999).

La douleur est une expérience sensorielle ET émotionnelle ; les deux, **ensemble**, pas l'une sans l'autre. Monsieur le pseudo-expert, lorsque vous tranchez le somatique (*soma* ≡ corps) du **sémantique** (*sêma* ≡ sens), vous rejoignez la triste lignée de vos ex-confrères qui pratiquaient la lobotomie. En 2019, en toute simplicité, vous commettez une erreur professionnelle grave. Ah, mais j'oubliais, désormais votre seule obsession est de savoir si vos assurés sont des simulateurs – ou non. Vous posez-vous encore la question ?

Références

- Le Breton, D. (2017). Tenir : douleur chronique et réinvention de soi. Paris : Editions Métailié.
- Loeser, J.D. & IASP Taxonomy Working Group (2011). *IASP Taxonomy*. <http://www.iasp-pain.org> (source) (24.07.2019).
- Melzack, R. (1999). Pain – an overview. *Acta Anaesthesiol Scand*, 43, 880-884.
- Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *J Dent Edu*, 65, 1378-1382.
- Merskey, H. (1979). Pain Terms : a List with Definitions and Notes on Usage, *Pain*, 6, 247-252.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (Eds.) (1994). *Classification of Chronic Pain : Descriptions of Chronic Pain Syndroms and Definitions of Pain Terms*, (2nd ed.). Seattle : IASP Task Force on Taxonomy.
- Vannotti, M. & Célis-Gennart, M. (1998). Les malentendus du diagnostic de trouble somatoforme douloureux : plaidoyer pour une approche phénoménologique de la douleur. *Rev Med Suisse Romande*, 118(2), 173-183.