

Comment prendre en charge les douleurs empathiques ?

RÉSUMÉ : Les douleurs empathiques sont définies en neurosciences comme survenant chez des individus volontaires sains, prédisposés, à qui l'on a présenté des images ou vidéoclips de personnes en situation de souffrance physique. Ces douleurs peuvent même être localisées dans des sites analogues à celles observées chez les sujets en souffrance. Est-il possible que, dans la "vraie vie", des patients puissent présenter des tableaux douloureux chroniques du fait d'avoir été témoins du mal de leurs proches, en particulier ? Nous pensons que cela est possible et qu'un syndrome douloureux empathique nécessite d'être reconnu, diagnostiqué et devrait bénéficier d'une prise en charge spécifique quant aux problèmes qu'il pose.



→ **A. BENMEBAREK**

Maître-assistant chef du service de Rhumatologie de l'Établissement Public Hospitalier de Blida, ALGÉRIE.

La prise en charge des douleurs empathiques est une tâche qui nécessite un changement aussi bien des pratiques médicales de la part du médecin traitant que vis-à-vis du patient.

En effet, le médecin doit accepter :

- l'idée qu'une douleur puisse survenir en l'absence d'une lésion ou d'un stimulus nociceptif, ce que pourtant l'expérimentation neuroscientifique démontre largement ;
- que les données expérimentales puissent être transposées à la réalité clinique avec des hypothèses explicatives complémentaires : un syndrome douloureux chronique peut s'installer chez un patient à la suite du spectacle ou du contact social permanent avec un sujet souffrant, parent le plus souvent ;
- que le traitement de ce type de douleurs commence déjà au moment de l'interrogatoire qui est l'étape essentielle de la prise en charge ;
- que le patient puisse ne pas adhérer à ce type de démarche, alors que son consentement est indispensable à l'obtention d'un résultat thérapeutique valable ;

– que les prescriptions médicamenteuses soient une thérapeutique d'appoint suspensive, en attendant que le patient puisse prendre conscience des causes réelles de ces symptômes et éventuellement progressivement les voir se résoudre ou prendre d'autres formes symptomatiques ;

– que ces mêmes prescriptions, mal appliquées, pourraient entretenir le syndrome douloureux.

Douleurs empathiques : données expérimentales

Des douleurs peuvent survenir suite à un stimulus sensoriel qui n'est pas nocif en soi. Les données récentes des expérimentations en neurosciences ont établi qu'elles peuvent survenir à la vue de l'image ou d'un clip représentant une personne en état de souffrance [1] (*fig. 1A*). Ces mêmes expériences ont précisé que lors de cette sensation douloureuse, il y a activation de certaines aires cérébrales impliquées dans le contrôle de la douleur et détectées par un examen de résonance magnétique nucléaire fonctionnelle

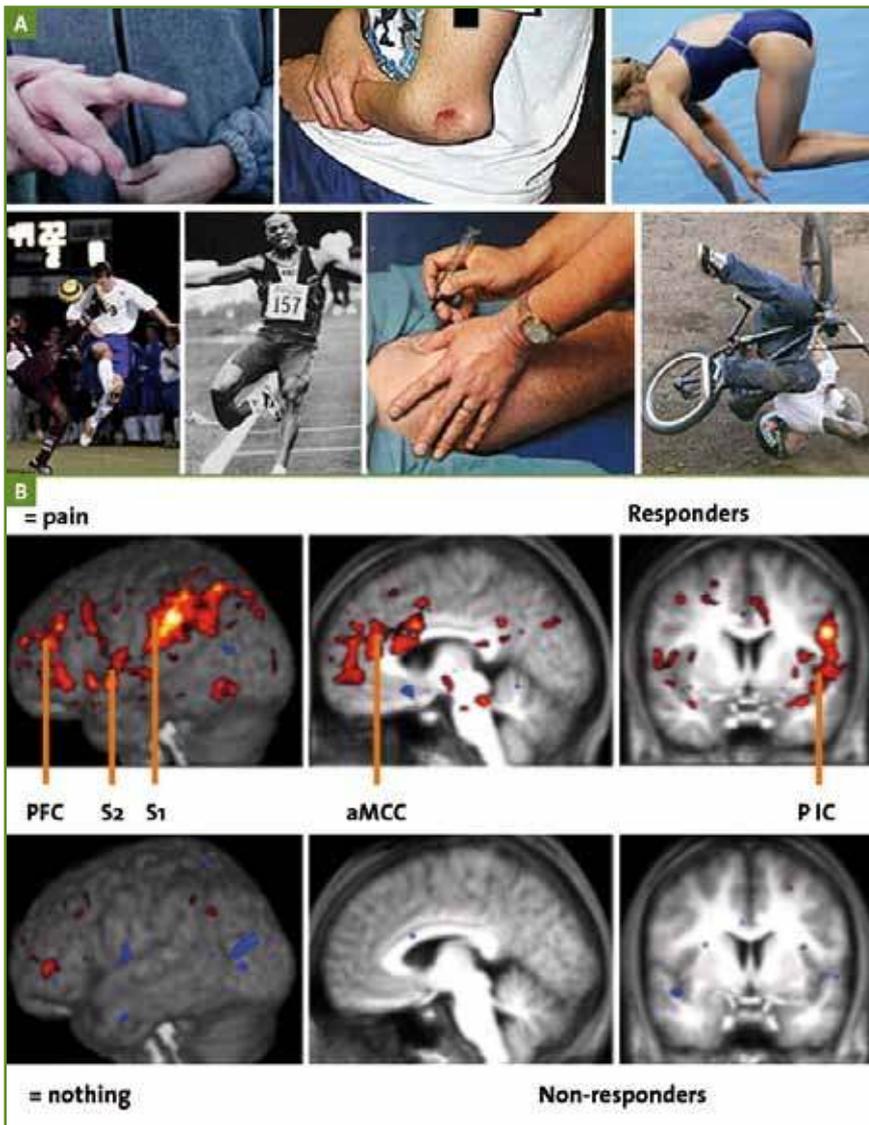


FIG.1 : A : Images ou clips de personnes en situation de souffrance présentées à l'observation de volontaires sains. B : Zones cérébrales activées détectées par la fMRI chez les volontaires sains répondeurs et non répondeurs.

(fMRI). Un tiers des sujets, dans cette étude en particulier, ressentent des douleurs à la vue d'au moins 1 image sur 10 et tous les localisent aux mêmes endroits que celles observées sur les images. Les fMRIs des sujets répondeurs objectivent une activation des aires cérébrales somato-sensorielles S1 et S2 et du cortex cingulaire antérieur (AAC), ce qui n'est pas le cas chez les non-répondeurs (*fig. 1B*).

Approche clinique

1. Transposition à la situation clinique des données de l'expérimentation

Dans le service de rhumatologie de l'Établissement Public Hospitalier de Blida, les deux tiers des consultants rapportent des douleurs de type mécanique considérées comme entrant dans le cadre des pathologies dégénératives



FIG.2 : Volontaire sain sur le point d'être introduit dans l'appareil IRM, portant un casque avec un dispositif de réflexion (en haut à gauche) lui faisant voir les images suggestives d'individus en souffrance.

habituelles. Cependant, 1/10^e d'entre elles vont présenter des syndromes cliniques caractérisés par :

- une imprécision des localisations douloureuses n'épousant pas l'anatomie de l'organe lésé;
- une réponse médiocre aux traitements médicamenteux ou physique.

À l'anamnèse :

- des antécédents pathologiques familiaux marquants;
- des symptômes débordant l'appareil locomoteur;
- et, surtout, un état psycho-affectif labile révélé à l'interrogatoire.

Partant du modèle expérimental sus décrit, nous émettons l'hypothèse qu'une prédisposition particulière de certains de nos patients va faire que leur **empathie*** sera entretenue par la souffrance observée et mémorisée de leurs parents malades, induire et moduler un tableau clinique douloureux pouvant passer à la chronicité. L'équivalent de l'image présentée aux volontaires sains (*fig. 2*) est alors le contact répété avec le parent souffrant [2].

*Empathie: notion désignant le mécanisme par lequel un individu "peut comprendre" les sentiments et les émotions d'un autre individu. Dans l'étude des relations interindividuelles, l'empathie est différente de la sympathie, de la compassion, ou de la contagion émotionnelle (Wikipédia).

REVUES GÉNÉRALES

Douleur

2. Description clinique

Les caractéristiques de la douleur empathique lui confèrent des particularités de siège et d'aspect qui peuvent faire évoquer le diagnostic sans pour autant être spécifiques. C'est ainsi qu'elle n'est pas franchement névralgique, suivant un trajet de racine ou de tronc nerveux, arthralgique se cantonnant à une articulation précise ou à plusieurs, elle n'est ni tendinopathique ni péri-arthropathique. Elle semble en fait concerner un groupement ou un bloc fonctionnel. Le patient, en réponse à la question du siège, montre une épaule en y adjoignant le bras et la région interscapulo-cervicale homolatérale ou bien la hanche en désignant la région fessière en y ajoutant la partie supérieure de la cuisse et la région de la crête iliaque, c'est un endolorissement qui intéresse une hémi-ceinture scapulaire ou bien pelvienne, parfois les deux, mais toujours du même côté décrivant des douleurs hémi-cingulaires* ou hémi-corporales.

>>> Lorsqu'elle est localisée à la **colonne vertébrale**, elle n'est pas strictement axiale, mais déborde largement de part et d'autre sur le relief des muscles paravertébraux, la cage thoracique et les fosses lombaires attenantes à l'axe vertébral. Le patient semble **mettre sa douleur derrière lui**.

>>> Si elle est **scapulaire**, c'est la projection de la surface de l'omoplate qui est souvent incriminée avec, en sus, les muscles qui y sont insérés (deltoïde, trapèze, corps des sus et sous épineux).

>>> Si elle est **pelvienne**, c'est la face postérieure et externe du pelvis qui est concernée, très curieusement, les faces antérieures de la cuisse et de la hanche seraient épargnées, tout au plus, la douleur est latéralisée, elle peut concerner la région périrochantérienne.

*Hémi-cingulaire : les deux hémi-ceintures du même côté.

>>> Dans le cervico-thorax, la localisation **dorsale postérieure** est privilégiée, en particulier la colonne cervicale qui peut être montrée plus aisément avec les mains par le déploiement de la grue scapulaire. La douleur est reléguée dans une zone qui échappe à la vue propre du patient, il ne peut ou ne veut la regarder. En revanche, il peut et n'hésite pas à la toucher, il ne l'atteint qu'avec les moyens de ses membres déployés pour éventuellement la soulager avec un geste d'auto-massage ou d'auto-caresse. Cette douleur est plutôt une brûlure, étalée sur une plage de la peau du dos, du cou, de l'épaule ou de la région fessière. La zone intéressée n'a pas de configuration particulière; elle part de la racine des membres où elle est au maximum de son intensité, s'atténue et se perd lors de son irradiation vers les extrémités qu'en règle, elle n'atteint jamais. Elle peut être réveillée par les manipulations et les manœuvres de pression de l'examineur, mais il n'y a pas de point douloureux sélectif, toute la zone douloureuse incriminée est également sensible. À la force de la pression de l'examineur, répond une intensité plus grande de la réaction du patient.

Pris ensemble, tous ces petits détails de la sémiologie construisent un tableau cohérent avec un semblant d'imitation de "l'empathisé" par "l'empathiseur" donnant une traduction physique et corporelle de l'empathie émotionnelle. L'empathiseur mime son modèle. Lorsque le médecin aura identifié ce type de tableau, il devra alors revenir sur l'interrogatoire, dans lequel il saura maintenant ce qu'il faut rechercher. Les patients empathalgiques, dans un premier parcours, font l'impasse sur les antécédents familiaux justifiant cet oubli par une défaillance de mémoire.

2. Anamnèse et antécédents familiaux

● *Biographie du malade*

La douleur empathique peut être déjà suspectée à l'interrogatoire, à condi-

tion que celui-ci soit patiemment mené. L'apport de l'anamnèse ne doit pas être sous-estimé. Le médecin prend le temps d'écouter le récit de son patient et de l'orienter en fonction de sa recherche diagnostique, sans le brusquer. C'est toute la biographie du malade qui alors doit se dérouler. Le patient se prête volontiers à ce jeu s'il y voit la volonté de son médecin de tout mettre en œuvre pour découvrir les raisons de sa souffrance. Des questions seront posées par le patient, qui s'étonnera de voir le médecin s'intéresser beaucoup plus aux parents malades qu'à lui-même. Au passage, le médecin tentera de trouver des correspondances entre les plaintes du patient et les localisations pathologiques du parent cible.

● *La réaction empathique*

Le point d'orgue de la consultation sera le déclenchement de ce que nous appelons "la réaction empathique" lorsqu'un événement touchant un parent proche sera évoqué comme par exemple une maladie cancéreuse, un accident traumatique ou le décès après une longue maladie d'un être cher. Si l'interrogatoire est délicatement mené, le patient sera amené à évoquer cet événement tout en revivant émotionnellement le contexte. **Le facteur antécédent déclencheur** ou plus souvent une superposition de **scènes primitives** vont émerger de nouveau à la surface. Apparaissent alors des événements tels que l'hémiplégie d'un père, la fracture sur un accident de la voie publique d'un frère, la maladie chronique d'un collègue proche, voire une amputation pour gangrène diabétique d'une mère, etc. Le plus souvent, ce sont des localisations lésionnelles impliquant l'anatomie périphérique et/ou rhizomélisque du parent malade. Ces aléas de la vie auront été mal vécus et passablement assimilés par notre patient, cela entraînera lors de la redite assistée de ces événements un état "d'émoi" que le médecin devra moduler avec tact pour

faire garder à son malade une maîtrise de soi suffisante afin que le récit continue à se dérouler dans un débit soutenu et intelligible. Tout cela permettant de dégonfler le bloc émotif dont la relation avec le symptôme se révèle ici cliniquement à l'interrogatoire. Il y a en quelques sortes **réactualisation** d'un vécu traumatique antérieur pour **liquidation**.

● Bonne observation du patient

En dehors d'une réaction empathique franche, la participation émotionnelle et comportementale du patient à l'interrogatoire doit être observée attentivement, car elle est souvent plus discrète et ses réactions affectives peuvent se résumer à: la chute d'une larme, une érythrose soudaine et passagère des joues, une brusque pâleur, un évitement du regard, une tentative de dévier du sujet menaçant et peut-être une réfutation des hypothèses proposées par le médecin pour suggérer les causes empathiques du mal.

● Accompagnement

Ces explications ne doivent jamais être imposées d'autorité, il est plus judicieux de laisser le patient les découvrir et les avancer lui-même. C'est ce que beaucoup de nos patients ont été amenés à faire, et même dans ce cas, le médecin doit accompagner le patient dans ses doutes et même ses rétractations. Ceci est surtout vrai pour certains malades qui rejettent l'idée que leur mal soit une imitation de leurs parents malades.

Le souci est de lever l'inquiétude du patient sur son état physique réel en l'étayant par des bilans précis et suffisamment éloquents pour écarter une cause somatique sans pour autant se perdre dans des examens approfondis coûteux. La pression du parent est grande de pousser le médecin vers des prescriptions dispendieuses d'autant plus que son inquiétude sur son état de santé est, de principe, légitime.

POINTS FORTS

- ➔ L'empathie est notre capacité à vivre et à comprendre dans notre âme et notre chair les sentiments et les émotions d'autrui.
- ➔ Ceci s'applique à la douleur parce qu'elle comporte une composante émotionnelle prouvée en recherche de neuroscience.
- ➔ Pour le clinicien algorithme, ce postulat a une implication pratique: la douleur devra être expliquée par sa cause, au moins, déclenchante et par effet de sommation répétitive au "spectacle" de la souffrance d'autrui. Cet autrui est à rechercher dans l'entourage du patient par une exploration anamnétique "soigneuse".
- ➔ En espérant que la mise au jour du complexe empathalgique permettra, en "fixant" la cause, de se passer progressivement des médicaments symptomatiques.

La règle, encore une fois, est de ne pas donner l'impression au patient qu'on ne le croit pas. L'hypothèse de douleur empathique doit être poussée en avant avec précaution. Le patient pouvant avoir l'impression qu'il n'est pas cru par son médecin et peut même se raidir en rejetant la voie vers laquelle il est orienté. L'absence de confiance mutuelle peut faire abandonner au patient son suivi et retarder l'aboutissement au diagnostic réel.

■ Douleur empathique et thérapeutique

L'Association internationale pour l'étude de la douleur définit la douleur comme: "une sensation déplaisante et expérience **émotionnelle** associée à une lésion tissulaire présente ou **potentielle** ou décrite comme telle" [3]. Même lorsqu'il est clairement établi que le stimulus nociceptif physique est la cause directe de la douleur, la voie affective est automatiquement impliquée (**fig. 3A et B**). Le cortex cingulaire fait partie du système limbique, maître d'œuvre du comportement émotionnel (**fig. 3C**). Traiter un syndrome douloureux sans tenir compte de la

composante affective, c'est faire les choses à moitié. Dans ce contexte, la pratique médicale a précédé la mise à jour des considérations théoriques. On reconnaît maintenant à certaines molécules de nouvelles propriétés antalgiques alors qu'elles étaient utili-

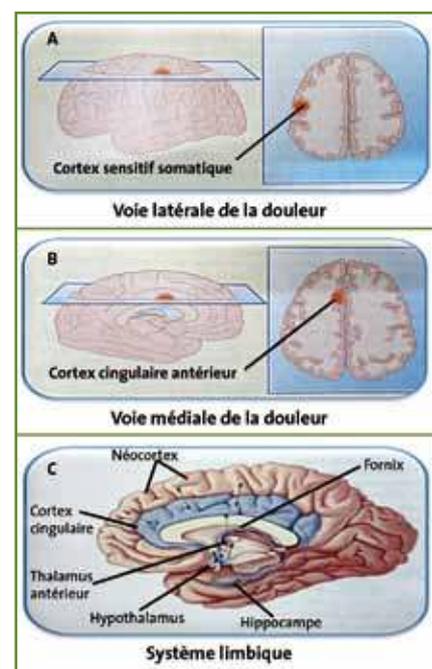


FIG. 3: Aires cérébrales de projection de la douleur. Hippocampe: mémoire. Insula: émotion de dégoût. Amygdales: émotion de peur.

REVUES GÉNÉRALES

Douleur

sées auparavant pour des indications neuropsychiques. Ces molécules dont l'élargissement de la prescription pour les syndromes douloureux rebelles et leurs effets antalgiques centraux ont une action directe ou indirecte sur le système limbique. Il n'y a pas de douleur sans mise en jeu des circuits neuronaux de l'affectivité. L'empathie s'exprimera alors cliniquement sous forme de réaction émotionnelle ou bien demeurera souterraine. Dans ce dernier cas, et selon les prédispositions personnelles, elle se dissipera sous forme d'angoisse, de douleurs ou d'attitudes et de comportements modifiés divers.

Quant à l'expression douloureuse qui nous concerne, elle ouvre la voie à une stratégie thérapeutique conduite sur deux fronts simultanément :

>>> les **médicaments** seront prescrits en fonction du profil de la douleur. On pourra donner des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des antalgiques, des inhibiteurs du GABA (*gamma-aminobutyric acid*), des antidépresseurs à faibles doses, des opiacées de différents paliers, en association ou isolément selon les cas... ;

>>> et de conduire un **interrogatoire interactif**, une conversation – pourquoi pas ? – à visée informative et thérapeutique dont les méandres resteront liés au parcours biographique du patient. Plus on s'enfoncera dans l'intimité de la cause de la douleur par ce procédé d'investigation, plus il sera possible de minimiser, voire de sevrer le patient de la panoplie d'antalgiques en prescription, le but étant d'arriver à des résultats thérapeutiques maximaux et d'effets secondaires, actuels ou différés, minimaux.

Conclusion

La combinaison de la prescription médicamenteuse et de l'entretien approfondi viendra à bout progressivement du syndrome douloureux chronique rebelle. En faisant marcher la prise en charge de la douleur empathique sur ses deux jambes, il y aurait alors plus de chance d'arriver à de meilleurs résultats sur nos patients.

Bibliographie

1. OSBORN J, DERBYSHIRE SWG. Pain sensations evoked by observing enjury in others. *Pain*, 2009.
2. Introduction to fRMI : www.youtube.com.
3. FITZ GERALD MJT, FOLAN-CURRAN J. Neuro-anatomie clinique et neurosciences connexes, Maloigne, p 283.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.