



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Laboratoire d’Ethique Médicale
et Médecine Légale
Directeur : Professeur Christian HERVÉ

DIPLÔME UNIVERSITAIRE

VICTIMOLOGIE

TITRE DU MÉMOIRE

Evaluation de la douleur des victimes

en expertise :

Objectivité ou Maltraitance ?

Par le Docteur Anne-Valérie MEYERS

Directeur du mémoire.....

Année 2013/2014

Table des matières

Introduction.....	2
Méthode:.....	3
Rappels sur la douleur:.....	3
1 - Définitions.....	3
2 - Epidémiologie.....	6
3 - Mécanismes de la douleur.....	6
Evaluation de la douleur.....	8
1 - Entretien semi-structuré.....	8
2 - Bilan étiologique.....	8
3 - Intensité de la douleur.....	8
3a Autoévaluation.....	8
3b Hétéroévaluation.....	10
4 - Autres dimensions de la douleur.....	10
4a Schéma des zones douloureuses.....	10
4b Descriptions verbales de la douleur.....	10
4c Echelles multidimensionnelles.....	11
4d Incapacité fonctionnelle.....	11
4e Détresse psychologique.....	12
4f Retentissement sur les comportements quotidiens.....	12
5 - Examens complémentaires.....	13
5a L'électromyographie.....	13
5b Les potentiels évoqués somesthésiques.....	13
5c L'imagerie fonctionnelle.....	13
Indemnisation de la douleur en réparation juridique du dommage corporel:.....	16
Analyse rétrospective des dossiers	17
Résultats:.....	19
Analyse rétrospective des dossiers.....	19
Discussion:.....	21
Conclusion.....	24
Références.....	25
Annexes.....	28

Introduction

La douleur est le symptôme le plus communément décrit par les victimes lors d'une consultation avec un médecin-conseil de victime, et ce, quel que soit l'origine du dommage (accident, agression, infraction, acte médical, infection nosocomiale, aléa thérapeutique, ...)

La douleur peut être aiguë, limitée à la période au moment des faits, ou chronique, résiduelle, séquellaire. Elle peut avoir une cause organique, ou psychique ou les deux intriquées.

La reconnaissance de la douleur est une étape fondamentale dans la prise en charge des victimes, des premiers soins médicaux jusqu'à la réparation et l'indemnisation.

La douleur étant par essence subjective, de nombreux auteurs soulignent le lien entre douleur et poursuites judiciaires, soulevant le problème d'un « conflit d'intérêt » selon lequel la victime susceptible d'être indemnisée déclarerait des douleurs plus intenses.

L'objectif de ce travail est d'étudier comment des médecins spécialistes en réparation juridique du dommage corporel prennent en compte la douleur des victimes qu'ils expertisent dans leur pratique quotidienne et plus particulièrement comment ils l'évaluent.

Tous les résultats présentés ci-dessous concernent l'adulte douloureux chronique ne présentant pas de trouble de la communication verbale.

Méthode:

Rappels sur la douleur:

1 - Définitions

Selon l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) la douleur est une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* ». ¹ Cette définition fait référence au plan national et international. Elle est également retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Elle témoigne de la nature subjective de la douleur autant que de sa complexité. La douleur est une expérience subjective qui interfère autant avec le psychique et le social qu'avec les fonctions physiques. C'est une construction multidimensionnelle où il est difficile de faire la part des signes objectifs – biologiques – de la maladie et celle de l'expérience subjective d'inconfort et de dysfonctionnement. La douleur chronique agit directement sur celui qui en souffre (d'emblée et/ou secondairement), mais aussi sur son entourage familial et social, y compris de travail (environnement et conditions) : tous ces éléments doivent être pris en compte au moment l'évaluation et de la prise en charge.

La dernière partie de la définition signifie que tous les types de douleur sont ressentis comme si un tissu était lésé : le fait qu'une lésion réelle existe ou non ne modifie pas le ressenti de la douleur. Par exemple, une douleur lombaire causée par un problème mental sera ressentie avec le même degré de réalité qu'une douleur causée par une lésion vertébrale. Il serait inexact de parler de « douleur imaginaire » dans un cas et de « douleur réelle » dans l'autre cas (source: OMS).

La définition de la douleur chronique est variable selon les auteurs. C'est une douleur qui persiste au-delà du délai habituel de cicatrisation (habituellement 3 mois), évoluant pendant au moins 3 à 6 mois et/ou, pour l'*American Society of Anesthesiologists*, « *susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne.* » Pour les anglo-saxons, le terme de « douleur chronique », sans autre qualificatif, s'applique à des douleurs non cancéreuses, bien que rien ne permette à priori de faire des douleurs cancéreuses une entité clinique différente. En cas de pathologie maligne, il est préférable de préciser qu'il s'agit de « douleur d'origine cancéreuse ».

On remarque que la notion de douleur chronique, qui au départ est fondée sur une durée d'évolution, sous-entend en fait d'autres dimensions. Le terme fait aussi appel à une notion de

douleur destructrice, inutile, ayant perdu son rôle d'alerte initiale, avec des répercussions majeures et multiples sur le vécu de l'individu. La douleur « envahit le patient ». On peut parler en fait de la douleur chronique en tant que « *syndrome douloureux chronique* » avec ses retentissements psychologiques et comportementaux qui font la gravité de la douleur chronique.

Le concept de « *syndrome de douleur chronique* » tente de montrer la complexité du phénomène douloureux chronique, devenu une maladie à part entière, et de sa prise en charge.⁵ Selon l'*American Medical Association* (AMA) et divers guides de pratique clinique^{2,3} et méta-analyses,³ le syndrome de douleur chronique existe lorsque le patient présente plusieurs des conditions suivantes :

- douleur persistante ou récurrente ;
- durant au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, ou est associée à un processus pathologique intermittent ou chronique ;
- répondant mal au traitement médical et/ou invasif approprié ;
- accompagnée d'une altération significative et durable du statut fonctionnel.

Il peut également y avoir dysthymie et/ou angoisse – hostilité, mais ce n'est pas nécessaire au diagnostic.

L'*American Society of Anesthesiologists* (ASA) considère que la douleur chronique, bien que centrée au départ sur le système nerveux, est une maladie « multisystèmes », et en tant que telle, implique les systèmes musculo-squelettique, endocrine, immunitaire, inflammatoire et d'autres systèmes du corps.⁴ Le syndrome de douleur chronique peut être en rapport avec des données somatiques mais est en outre associé à au moins deux des conditions suivantes :

- une régression significative et progressive de la capacité fonctionnelle et relationnelle dans les activités de la vie journalière, au domicile comme au travail ;
- une demande excessive de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives tout en reconnaissant leur inefficacité à soulager ;
- un trouble de l'humeur (dépression, anhédonie, etc.) ;
- un sentiment de révolte et de revendication ou au contraire de résignation et d'impuissance, souvent accompagné d'une hostilité envers les soignants, traduisant l'incapacité de s'adapter à la situation.

Quel que soit son mécanisme initiateur, somatique, neurologique ou psychologique, la douleur proprement dite est un phénomène complexe dont la perception fait intervenir quatre composantes

interactives : sensori-discriminative, affective et émotionnelle, cognitive et enfin comportementale. L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, passés ou présents (modèle conceptuel biopsychosocial de la douleur).⁵ D'autres modèles conceptuels permettent de décrire la douleur chronique, à chaque fois dans une approche multidimensionnelle.⁶ De nombreux systèmes participent au phénomène de la douleur : sensoriel (localisation, nature de la douleur, durée, etc.), moteur (déroulement des mouvements, augmentation de la douleur, posture antalgique, raccourcissement musculaire, asymétrie, atrophie, etc.), autonome (symptômes concomitants : transpiration, respiration rapide, insomnie etc.), affectif (humeur, dépression, modification de la tolérance à la frustration, altération de l'image de soi, idées suicidaires, etc.), cognitif (expériences douloureuses antérieures, longs séjours à l'hôpital, expériences précédentes avec des médecins, attentes vis-à-vis des traitements, etc.).

En France, d'après les recommandations de la HAS, **la douleur est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est**. Elle existe dès lors que la personne affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.⁷

La douleur chronique est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence ;
- durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- réponse insuffisante au traitement ;
- détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

La douleur chronique peut être accompagnée :

- de manifestations psychopathologiques ;
- d'une demande insistante par le patient, de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager ;
- d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

Les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités, de handicaps, d'invalidité et

d'altérations majeures de la qualité de vie. Outre les problèmes humains ou médicaux, les douleurs chroniques ont des conséquences économiques: absentéisme au travail, arrêt de travail aboutissant à l'invalidité, incapacité des sujets à assumer leurs rôles familiaux et sociaux.

2 - Epidémiologie

Avec la fièvre et la fatigue, la douleur est un des premiers motifs de consultation médicale.⁸ Il est difficile d'évaluer la prévalence de la douleur en population générale du fait des variations des échantillons étudiés, des différentes méthodes utilisées pour colliger les données et des variations dans la définition de la douleur chronique. Dans une étude systématique de la littérature, la prévalence de la douleur chronique variait de 11,5 à 55,2% en moyenne; elle était de 35,5% dans les 4 études où elle était définie selon les critères de l'IASP.⁹ La douleur chronique grave ou qui impose de fortes limitations fonctionnelles pourrait affecter 11 % de la population d'adultes dans la population générale canadienne.¹⁰ Il apparaît au total, malgré les variations de prévalence constatées, que :

- la prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge ;
- elle touche plus de femmes que d'hommes ;
- les 3 types les plus fréquents, hors douleur cancéreuse, sont les rachialgies, les céphalées et les arthralgies.

En France, la douleur est le principal symptôme entraînant un recours urgent ou non programmé à la médecine de ville (75% des patients, enquête DREES 2007).¹¹ En Europe, 20% des adultes déclarent une ou plusieurs douleurs.¹² L'intensité médiane de la douleur est cotée à 5 sur une échelle comportant 10 graduations, sur une durée médiane de 6 mois. Un tiers des personnes considèrent leur douleur comme insupportable et une personne sur six a déjà pensé au suicide.

3 - Mécanismes de la douleur

Classiquement on décrit trois types de mécanismes générateurs d'un phénomène douloureux : l'excès de stimulations nociceptives, l'origine neuropathique (ou neurogène) et l'origine psychologique.¹³

Origine nociceptive:

C'est le mécanisme le plus habituel. Un processus pathologique (inflammatoire, traumatique, infectieux, dégénératif...) active au niveau périphérique le système physiologique de transmission

des messages nociceptifs. L'information, née au niveau de récepteurs non spécifiques et transmise vers la moelle, circule via les faisceaux spino – thalamiques, puis vers les structures centrales (structures limbiques et néocortex). Au plan thérapeutique, il est légitime d'agir sur le processus périphérique lui-même ou d'en limiter les effets par la prescription d'antalgiques périphériques, ou en interrompant la transmission du message nociceptif.

Origine neuropathique:

Sous ce terme, on regroupe les douleurs qui succèdent à une atteinte nerveuse périphérique (section, amputation, zona...) ou centrale (paraplégie...) L'origine neuropathique d'une douleur est aisément identifiée dans un contexte connu d'atteinte neurologique; elle est souvent mal identifiée au cours du cancer ou dans les séquelles traumatiques ou post-chirurgicales. Au cours du cancer, la lésion neurologique peut succéder soit à l'envahissement tumoral, soit aux complications des traitements (plexite post-radique...). Les douleurs neuropathiques ont des caractéristiques sémiologiques particulières qui facilitent leur reconnaissance (brûlures, décharges électriques, fourmillements, picotements,...). La lésion des afférences périphériques perturbe l'équilibre des systèmes inhibiteurs et modifie l'excitabilité des neurones des relais spinaux ou supra-spinaux par des mécanismes encore imparfaitement élucidés.

Dans les douleurs par désafférentation, il est illogique de prescrire des antalgiques périphériques ou des anti-inflammatoires. En revanche, les traitements de première intention seront d'action centrale : antidépresseurs tricycliques, antiépileptiques. On propose aussi des techniques de neurostimulation.

Origine psychologique ou idiopathique:

Dans d'autres cas, la sémiologie de la douleur aide à suspecter une origine prioritairement psychogène: description luxuriante, imprécise ou variable, sémiologie atypique... L'origine dite psychogène ne se limite pas à un diagnostic de non-organicité, elle doit reposer sur une sémiologie psycho-pathologique positive.

Dans certains cas, la description entre dans un tableau stéréotypé évoquant un cadre sémiologique précis: céphalées de tension, point gâchette musculaire myofascial, fibromyalgie, glossodynie... Le mécanisme physiopathologique dans ces tableaux reste imparfaitement élucidé. Dans ces cas, il est préférable de parler de douleur idiopathique. En fait, de nombreuses douleurs chroniques ne sont pas à proprement parler psychogènes au sens où elles ne sont pas totalement *sine materia* et qu'un cadre nosographique somatique peut être incriminé. Ces douleurs résultent plutôt de l'intrication de facteurs somatiques et psychosociaux. Décrire ces malades d'un point de vue exclusivement physique ou psychologique ne rend pas compte des problématiques en cause.

Même si la nature *sine materia* d'une douleur peut être suspectée précocement, c'est souvent à un stade tardif que l'origine psychogène d'une douleur finit par être évoquée. Ce constat montre bien que ce type de douleur conserve une « signature » périphérique qui la rend souvent difficilement discernable des douleurs d'autres étiologies.

Evaluation de la douleur

En 1999, l'ANAES émettait des recommandations très précises pour l'évaluation de la douleur chronique chez l'adulte.¹⁴ Ces recommandations décrivent en détail non seulement les outils de base, mais également les différentes dimensions de la douleur à aborder pour obtenir une évaluation exhaustive d'un syndrome douloureux chronique.

1 - Entretien semi-structuré

La consultation avec le patient douloureux chronique est un acte médical et comme tel passe toujours par un interrogatoire. Cet « interrogatoire » peut être qualifié plus élégamment d'entretien et suivre une grille avec des items spécifiques. Le recueil de tous les éléments de cette grille demande du temps et peut être réalisé sur plusieurs consultations. Il s'agit d'un entretien semi-structuré : l'entretien doit laisser le patient exprimer librement sa problématique tout en le réorientant vers les informations recherchées. La grille d'entretien semi-structuré préconisée par l'ANAES est présentée en annexe.

2 - Bilan étiologique

Celui-ci doit être clinique et paraclinique, et adapté aux multiples situations. Il comprend les éléments suivants : examen clinique, topographie de la douleur à la recherche notamment d'une atteinte systématisée dans un (des) territoire(s) neurologique(s), examens biologiques, examens complémentaires. La grille d'entretien décrite au paragraphe précédent est un des éléments du bilan étiologique.

3 - Intensité de la douleur

3a Autoévaluation

L'intensité de la douleur peut être évaluée de façon reproductible par le patient grâce à plusieurs types d'échelles:

- **L'échelle visuelle analogique (EVA)** peut se présenter sous sa forme papier ou sous sa forme à type de réglette. La forme classique comporte une ligne horizontale de 100 mm de

long.¹⁵ Le patient indique le niveau de sa douleur en traçant un trait sur la ligne (forme papier) ou en déplaçant un curseur le long de cette ligne (réglette). Elle présente un fond blanc et ne comporte pas de mots autres que ceux figurant aux extrémités.

C'est une échelle d'utilisation simple et rapide, et elle demande peu de temps d'explication au patient. Elle peut être répétée sans difficulté, éventuellement plusieurs fois par jour. Il existe toutefois un certain nombre de patients (10-15%) qui ne peuvent pas définir l'intensité de leur douleur grâce à cet instrument.¹⁶

- **Les échelles numériques (EN)** sont également utilisées pour l'évaluation de l'intensité de la douleur. Il existe plusieurs types d'échelles numériques, généralement avec une numérotation de 0 à 10 ou de 0 à 100.¹⁶ Le patient doit attribuer un chiffre à l'intensité de sa douleur, 0 étant l'absence de douleur et 10 ou 100 la douleur maximale imaginable. Ces échelles permettent d'obtenir une mesure de la douleur au moment de la consultation mais également de façon rétrospective et ce de façon fiable.¹⁷ Elles peuvent être utiles en cas de difficulté de compréhension de l'EVA.¹⁶
- Les échelles verbales simples (EVS) permettent également une évaluation de l'intensité douloureuse. Elles sont fondées sur le choix d'un adjectif pour définir l'intensité de la douleur. Un score correspond à chaque adjectif. La mesure se limite à 5 ou 6 niveaux.¹⁶ Elles sont généralement réservées aux personnes ayant des difficultés (faible capacité d'abstraction) à utiliser les deux types d'échelles précédents.

L'échelle visuelle analogique, probablement la plus utilisée, évalue uniquement l'intensité de la douleur. Cette échelle a fait l'objet d'essais randomisés en double aveugle. Une étude des données de 11 de ces essais en 1997 proposait de définir la douleur comme modérée entre 31 et 54 mm, sévère au-delà de 55 mm.¹⁸ L'*American Pain Society* et l'*US Agency for Health Care Policy and Research*, à partir des études liant douleur et capacité fonctionnelle courante, évaluaient qu'au-delà de 50 mm, la douleur avait un important retentissement fonctionnel.

En pratique, ces échelles doivent être utilisées par le malade sans influence du médecin ou de l'entourage. Elles ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse; elles ne peuvent pas servir à comparer deux patients mais permettent des comparaisons intra-individuelles uniquement; elles aident à identifier le malade nécessitant un traitement de la douleur; elles facilitent le suivi du patient.

3b Hétéroévaluation

L'évaluation de l'intensité de la douleur par le clinicien ou hétéro-évaluation est plus difficile et il n'existe pas d'outil validé pour la douleur chronique en ambulatoire. La consommation médicamenteuse n'est pas un bon indicateur quand seul l'interrogatoire permet de l'évaluer. De même, il n'existe pas d'instrument validé pour la mesure du recours au système de soins par le patient.

L'évaluation de la douleur du patient par le médecin, à l'aide d'une EVA par exemple, pose plusieurs problèmes. Le médecin tend à sous-évaluer l'intensité douloureuse quand la douleur rapportée par le patient est élevée et à la surestimer quand la douleur est faible.¹⁹ Chez les patients cancéreux²⁰ comme chez les patients infectés par le VIH²¹ et dans la douleur postopératoire,²² la douleur est régulièrement sous-estimée par les médecins.

4 - Autres dimensions de la douleur

En dehors de l'intensité on doit chercher à évaluer de nombreuses autres dimensions concernant les composantes physique, psychologique, sociale, comportementale et cognitive de la douleur.

4a Schéma des zones douloureuses

Le schéma des zones douloureuses ou dessin de la douleur permet de mettre en évidence les zones douloureuses. Le patient doit les indiquer sur le dessin d'un corps humain imprimé.

Le schéma des zones douloureuses est inclus dans la plupart des échelles multidimensionnelles. Il ne nécessite pas d'apprentissage particulier. Le dessin de la douleur ne doit être utilisé que pour préciser la topographie et le caractère localisé ou diffus de la douleur.¹⁶

Ces informations peuvent orienter le bilan étiologique (territoires neurologiques, reconnaissance de plusieurs zones douloureuses d'une symptomatologie diffuse).

4b Descriptions verbales de la douleur

Deux outils sont retenus par l'ANAES: le MacGill Pain Questionnaire et sa traduction et adaptation française sous le nom de Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (voir annexe).

Le *MacGill Pain Questionnaire*²³ est un questionnaire de 78 mots répartis en 25 sous-classes qui peut être rempli en 5 à 15 minutes. Il est constitué d'une série d'adjectifs permettant de qualifier la douleur. C'est un outil très largement répandu, traduit dans plusieurs langues.

Le *MacGill Pain Questionnaire* a été traduit et adapté en français sous la forme du questionnaire de la douleur de Saint-Antoine.^{24,25} Il comporte moins de mots que le MacGill Pain Questionnaire (61 mots) et permet d'obtenir essentiellement les mêmes renseignements. Certains qualificatifs possèdent une orientation diagnostique en particulier pour les douleurs neurogènes.

Ces deux questionnaires sont d'application difficile du fait de leur longueur en médecine ambulatoire; mais seules les versions longues ont été validées. Ces descriptifs peuvent faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (par exemple les douleurs neurogènes) et permettre d'apprécier le retentissement affectif de la douleur. L'expérience des utilisateurs indique que les versions courtes, non validées, peuvent apporter de informations utiles, notamment le Questionnaire de Saint-Antoine abrégé.

4c Echelles multidimensionnelles

La plupart des outils d'évaluation ont été construits pour une évaluation multidimensionnelle du retentissement de la douleur sur le sujet. Ils comportent habituellement plusieurs parties ou sous-échelles devant permettre l'évaluation de chacune des principales dimensions considérées.

L'ANAES retient trois questionnaires ayant chacun une orientation particulière:

- le *Brief Pain Inventory*²⁶ traduit en français (Questionnaire Concis sur les Douleurs²⁷) est utilisé plus particulièrement pour l'évaluation de la douleur cancéreuse; il est simple d'utilisation et explore les principales dimensions de la douleur : l'intensité, le soulagement, l'incapacité fonctionnelle, le retentissement social, la vie de relation, la détresse psychologique;
- le *Multidimensional Pain Inventory*,²⁸ traduit en français, explore la plupart des dimensions de la douleur; c'est l'échelle multidimensionnelle la plus étudiée dans l'évaluation de la douleur chronique.^{29,30,31} Cette échelle est citée comme un des instruments permettant l'évaluation de l'efficacité de la rééducation chez le douloureux chronique.³¹ Elle permet d'identifier plusieurs groupes de malades : les patients faisant face de façon adaptée, les patients dysfonctionnels, les patients avec difficultés interpersonnelles.³⁰
- le *Dallas Pain Questionnaire*³² également traduit en français;³³ est orienté plus précisément dans les lombalgies; il comporte une série de questions explorant préférentiellement le retentissement sur le plan fonctionnel : intensité de la douleur (passée), incapacité fonctionnelle, retentissement social, vie de relation, détresse psychologique.

4d Incapacité fonctionnelle

Deux types d'instruments permettent l'évaluation du retentissement de la douleur sur les capacités fonctionnelles des patients : des échelles multidimensionnelles ou des questionnaires visant à explorer spécifiquement cette dimension.

Parmi les échelles multidimensionnelles, certaines comme le *Medical Outcome Study Short Form-36* mesurent la qualité de vie en général mais ne sont pas destinées uniquement à l'évaluation de la douleur chronique,³⁴ d'autres comme le *Dallas Pain Questionnaire* sont destinées à évaluer la douleur, mais plus précisément les lombalgies et l'incapacité fonctionnelle dans ce domaine.³³

Parmi les questionnaires spécifiques de l'incapacité fonctionnelle, quatre instruments sont retenus par l'ANAES : *Million Visual Analog Scale*, *Oswestry Disability Questionnaire*, *Roland Disability Questionnaire*, *Waddell Disability Index*. Ils ont tous été élaborés et utilisés dans l'évaluation des lombalgies chroniques ce qui en limite la généralisation à d'autres populations de douloureux. On ne connaît pas l'intérêt de ces outils par rapport aux échelles multidimensionnelles.

4e Détresse psychologique

Le praticien recherchera systématiquement des troubles anxieux, dépressifs ou des manifestations psycho-pathologiques induits ou associés, mais aussi des interprétations et croyances du patient vis-à-vis de sa douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements, qui seraient éloignés de celles du médecin, cette divergence pouvant retentir sur l'intensité de la douleur et les effets du traitement. Les deux dimensions habituellement prises en compte sont l'anxiété et la dépression. L'évaluation psychologique est particulièrement importante puisque les troubles psychiatriques peuvent être à l'origine des douleurs chroniques ou leur conséquence. Comme pour les capacités fonctionnelles, une évaluation psychologique dans la douleur chronique est souvent incluse dans les questionnaires d'évaluation multidimensionnelle.

Deux échelles simples permettent d'explorer spécifiquement la dimension psychologique. Le *Beck Depression Inventory* traduit en français et validé chez des malades psychiatriques³⁵ explore la dimension dépressive. Le *Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD) également traduit en français³⁶ explore les 2 composantes, anxiété et dépression. Ce dernier permet d'obtenir deux scores qui, par comparaison à des scores seuils, permettent de détecter l'existence d'une éventuelle détresse psychologique : dépression et/ou anxiété. La version française a été validée chez 100 patients en médecine interne.³⁶

4f Retentissement sur les comportements quotidiens

Son évaluation est utile à plusieurs points de vue. Elle permet notamment de mesurer indirectement l'importance de la douleur¹⁵ et la gravité des conséquences de la douleur. Les questionnaires multidimensionnels comportent tous plusieurs items évaluant cette dimension.

En résumé, le groupe de travail de l'ANAES en 1999 proposait en pratique de privilégier 5 outils de

base de l'évaluation de la douleur chronique en médecine ambulatoire :

- un schéma des zones douloureuses;
- une mesure de l'intensité de la douleur par échelle visuelle analogique, numérique ou verbale simple;
- une liste de mots descriptifs de la douleur;
- une évaluation de l'éventuelle composante anxieuse et dépressive;
- une évaluation du retentissement de la douleur sur les comportements quotidiens (pour laquelle il n'existe pas d'instrument validé en français).

5 - Examens complémentaires

Si l'on s'en tient strictement à la définition de la douleur, aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour en porter le diagnostic. En revanche, les examens complémentaires peuvent s'avérer utiles pour confirmer un diagnostic lésionnel sous-jacent. Outre la panoplie de l'imagerie classique (radiographie, échographie, scanner, IRM, scintigraphie, etc...), on peut avoir recours à l'électromyographie ou l'étude des potentiels évoqués somesthésiques.

A l'heure actuelle, il n'existe pas d'outil permettant une mesure « objective » de la douleur. Cela pourrait changer avec le développement de l'imagerie fonctionnelle. Elle reste du domaine de la recherche et n'est pas encore entrée dans la pratique clinique malgré des résultats prometteurs.

5a L'électromyographie

Son intérêt est limité à certaines pathologies précises. Il permet l'évaluation des grosses fibres nerveuses $A\alpha$ et $A\beta$. Il ne donne aucune information sur les fibres de la douleur $A\delta$ et C.

5b Les potentiels évoqués somesthésiques

Ils permettent d'étudier les grosses fibres et la voie lemniscale, à partir de la stimulation des troncs nerveux (sciatique, médian, cubital...) ou de quelques dermatomes. Ils sont utiles en pratique soit pour discriminer une lésion proximale (entre le ganglion rachidien et la moelle) ou distale (plexus) dans les arrachements du plexus brachial, soit pour vérifier l'intégrité fonctionnelle des cordons postérieurs.

5c L'imagerie fonctionnelle

Au 5ème siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate déclarait que la douleur, comme toute conscience, devait provenir de l'activité du cerveau.³⁷ La confirmation scientifique de cette intuition philosophique est arrivée quelques millénaires plus tard, au début des années 1990, avec des

techniques d'imagerie fonctionnelle permettant l'accès au fonctionnement du cerveau *in vivo* chez des sujets volontaires auxquels on administre un stimulus douloureux.^{38,39} Ces études ont démontré une augmentation localisée de l'activité cérébrale au cours de la douleur chez l'être humain. Nous admettons maintenant que la douleur puisse être causée par une lésion du corps, mais en tant que conscience, doit être générée par le cerveau.

Les études se sont multipliées chez le volontaire sain, et les techniques d'imagerie ont également été appliquées à l'étude des douleurs neuropathiques et autres douleurs chroniques.

Les techniques d'imagerie fonctionnelles utilisées pour étudier les bases neurologiques de la douleur regroupent la tomographie par émission de positons (TEP), la résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) et les potentiels évoqués (PE), l'électroencéphalographie et la magnétoencéphalographie. Les chercheurs utilisent également de plus en plus d'autres mesures basées sur la résonance magnétique (par exemple l'imagerie en tenseur de diffusion, la spectroscopie et l'imagerie volumétrique) pour étudier les changements liés à la douleur dans les connexions, la chimie et la structure du cerveau.^{40,41}

La TEP localise les molécules marquées par un émetteur de positons. Elle permet ainsi de mesurer, selon la molécule marquée, des variations de débit sanguin cérébral ou du couplage des récepteurs avec leur ligand, éventuellement dans différentes conditions. L'IRMf mesure des variations du signal BOLD (*blood oxygen level dependent*), c'est-à-dire la réponse hémodynamique des populations neuronales à des stimulations.⁴²

Les recherches utilisant la neuroimagerie ont permis d'identifier plusieurs régions du cortex humain impliquées dans la perception de la douleur. Les cortex primaire et secondaire somatosensoriels et les cortex préfrontaux sont activés, souvent de façon bilatérale, pendant une expérience douloureuse. D'autres régions sous-corticales sont également impliquées. Ainsi l'activité à l'intérieur de différentes régions du cerveau semblent nécessaires pour générer l'expérience multidimensionnelle qu'est la douleur. Certaines de ces régions font partie de ce qu'on appelle la « matrice de la douleur⁴³ » ou « pain neuromatrix ». La douleur serait le produit d'un réseau neuronal largement distribué et accessible de façon variable dans le cerveau, plutôt que la conséquence inévitable d'une stimulation nociceptive. Certaines parties de ce réseau peuvent être activées par des événements non nociceptifs pour produire des expériences « semblables à la douleur » (ou « pain-like ») par exemple lors de l'empathie pour autrui,⁴⁴ une rupture sentimentale,⁴⁵ ou l'exclusion sociale.⁴⁶

De façon remarquable, aucune des régions identifiées de la matrice de la douleur n'est associée de façon unique à la douleur. Elles sont aussi impliquées dans beaucoup d'autres fonctions, sensorielles, motrices, cognitives et émotionnelles. Malgré de nombreux travaux de recherche, aucune région du cerveau n'a été formellement identifiée comme étant un « cortex primaire de la douleur » (i.e. qui serait analogue au cortex visuel primaire par exemple).⁴⁷ Il est communément admis qu'à ce jour, il n'y a aucun pattern d'activité cérébrale indiquant la présence de douleur chez un individu avec une absolue certitude, et de ce fait utilisable par le corps médical, législatif ou dans le cadre d'un autre organisme de contrôle.

Ce constat sera peut-être remis en cause dans un futur proche: récemment, des équipes s'intéressant au décodage de la douleur ont développé des modèles statistiques étudiant la prédiction de la sensation de douleur à partir d'enregistrements de l'activité du cerveau,^{48,49} avec des résultats encourageants: décodage de la douleur possible à partir de données d'IRMf, mise en évidence d'une « signature cérébrale » spécifique pour la douleur aiguë provoquée par un stimulus nociceptif thermique chez le volontaire sain (les travaux doivent maintenant se poursuivre avec des sujets présentant des douleurs chroniques). Les auteurs soulignent tous que leurs travaux sont du domaine de la recherche et que les applications pratiques de leurs résultats en clinique ne sont pas encore possibles, et en particulier dans un contexte médico-légal.

Le défi est maintenant d'améliorer la sensibilité et la spécificité des techniques de neuroimagerie afin de permettre leur développement comme outil diagnostique de la douleur.

Au total, la douleur est un vécu intime, subjectif, une expérience sensorielle et émotionnelle qui existe « en soi » – qu'elle ait ou non une origine lésionnelle. En 2014, l'évaluation du patient douloureux chronique reste une évaluation « subjective », une évaluation du vécu de la douleur par le patient et de son retentissement dans la vie de tous les jours.⁵⁰

Il existe plus de 100 échelles destinées à évaluer la douleur en pratique clinique.⁵¹ Elles permettent d'évaluer l'intensité de la douleur mais explorent également les autres dimensions de la douleur. Outre les échelles d'intensité, elles incluent des schémas des zones douloureuses, des descriptions verbales de la douleur, des questionnaires visant à évaluer la qualité de vie, l'incapacité fonctionnelle, la détresse psychologique à travers l'anxiété ou la dépression, le retentissement dans la vie de tous les jours, etc...

Il faut systématiquement effectuer une recherche du retentissement social, scolaire ou professionnel et économique de la douleur chronique, y compris les procédures en cours (arrêt de travail, reclassement, litige, etc...).

Les examens complémentaires classiques sont habituellement peu contributifs chez le patient

douloureux chronique. Cependant l'essor récent de l'imagerie fonctionnelle ouvre des perspectives pour la compréhension des mécanismes physio-pathologiques de la douleur et son évaluation.

Indemnisation de la douleur en réparation juridique du dommage

corporel:

Si le calcul de l'indemnisation d'une victime pour la réparation du préjudice subi relève de l'appréciation souveraine des juges, il n'en demeure pas moins que, préalablement, le juge a recours à un expert médical pour statuer en connaissance de cause. Lorsque le juge ordonne une expertise, il énonce la mission de l'expert. Celle-ci est très précise. Il pourra être demandé à l'expert de rechercher et décrire les blessures résultant de l'acte incriminé, leur nature, leur gravité, leurs conséquences, les soins, les traitements prodigués. L'expert doit également préciser la durée de l'incapacité temporaire, y compris les temps successifs d'incapacité totale ou partielle, la date de consolidation et l'incapacité permanente dont la victime demeure atteinte. Il doit aussi donner son avis sur un certain nombre de chefs de préjudice, entre autres la gravité des souffrances subies pour évaluer le *pretium doloris*, le « prix de la douleur. »

Déterminée à la date de consolidation, l'incapacité permanente est définie dans le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun publié par le Concours Médical comme:

« la réduction définitive du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique,

- médicalement constatable, donc appréciable par un examen clinique approprié, complété par l'étude des examens complémentaires produits,

- à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite, ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours. »

Les souffrances endurées, telles que définies dans le barème d'évaluation médico-légale de la Société de Médecine légale et de Criminologie de France (Editions ESKA), *« comportent les douleurs tant physiques que psychologiques, mais aussi toutes les contraintes, tous les désagréments, troubles dans les conditions d'existence subis durant la période qui précède la consolidation, en rapport avec les lésions initiales. »*

Il est précisé que l'évaluation par le médecin expert des souffrances endurées par un patient soulève

la difficulté d'une double subjectivité, du blessé par rapport à sa souffrance, et de l'évaluateur par rapport à la souffrance d'autrui. La subjectivité de l'évaluateur ne peut être atténuée que par la capacité et la volonté à écouter la douleur des victimes, à leur en faire traduire l'expression, voire à leur faire quantifier, par référence à des situations proches.

Le barème des éditions ESKA précise également que l'évaluation des souffrances endurées peut se faire en deux temps:

- par l'évaluation d'un « noyau dur » qui correspond à un aspect standardisé, pérennisable, établi en fonction d'éléments objectifs, témoin sensible même s'il n'est qu'approximatif, impersonnel des douleurs subies: des éléments tels que la durée de l'hospitalisation, la durée de la rééducation, voire celle de l'incapacité temporaire, du type d'intervention chirurgicale témoignent d'un certain nombre de douleurs et de désagréments, statistiquement appréciables. Il paraît possible, pour ce noyau dur, d'établir des barèmes, constituant un système de référence;
- autour de ce noyau dur, standardisé, correspondant à une évaluation statistique moyenne, le rôle du médecin expert est d'apporter une nuance subjective intégrant les différents éléments qui viennent d'être évoqués, tels que la personnalité du sujet, son degré de conscience, les effets de la thérapeutique...

En théorie, d'autres chefs de préjudice permettent, le cas échéant, de prendre en compte les autres dimensions de la douleur et en particulier son retentissement fonctionnel. Il s'agit du préjudice d'agrément, de l'incidence professionnelle, et éventuellement du préjudice sexuel ou du préjudice d'établissement.

Ainsi dans le cadre d'une expertise médicale, l'expert se doit d'évaluer la douleur d'une victime qui demande réparation pour la prendre en compte au titre de l'incapacité permanente (douleur post-consolidation, séquellaire, chronique dont souffre la victime), et des souffrances endurées (douleurs subies jusqu'à la consolidation).

Analyse rétrospective des dossiers

Afin d'étudier la façon dont des médecins spécialistes en réparation juridique du dommage corporel évaluent la douleur chronique chez les victimes qu'ils expertisent, j'ai sélectionné tous les dossiers de patients reçus dans le cadre ma pratique de médecin-conseil de victime sur une période de un an (du 1er septembre 2013 au 31 août 2014) remplissant les deux conditions suivantes:

- la victime présentait des douleurs chroniques;

- un rapport d'expertise rédigé par un expert judiciaire ou un médecin-conseil d'assurance était disponible.

Dans chaque rapport, j'ai recherché dans quelle mesure l'expert avait utilisé les outils de base de l'évaluation de la douleur préconisés par l'ANAES/HAS.

A partir de chaque rapport, une synthèse a été réalisée reprenant les points suivants:

- ✓ un bref résumé des commémoratifs;
- ✓ l'existence dans le dossier d'examen complémentaires corroborant la plainte douloureuse de la victime;
- ✓ le bilan de la thérapeutique antalgique;
- ✓ l'évaluation de l'intensité de la douleur;
- ✓ la présence dans le rapport d'un schéma des zones douloureuses;
- ✓ les descriptions verbales de la douleur;
- ✓ la description de l'incapacité fonctionnelle liée à la douleur;
- ✓ la détresse psychologique;
- ✓ les termes utilisés dans le rapport suggérant un doute sur la réalité de la douleur.

Chaque item a ensuite été noté avec un système de notation de 0 à +++, où « 0 » signifie l'absence du critère étudié, « +, ++, +++, et ++++ » signifient la présence du critère étudié avec un aspect qualitatif croissant de « + » à « ++++ ».

Résultats:

Analyse rétrospective des dossiers

Entre le 1er septembre 2013 et le 31 août 2014, onze dossiers ont été sélectionnés pour lesquels la victime présentait des douleurs chroniques et un rapport rédigé par un expert judiciaire ou d'assurance était disponible.

Les résultats de l'évaluation de la douleur des victimes par les experts sont résumés dans le tableau 1. Une description détaillée des résultats est présentée en annexe.

Victime	Expert	Plainte de la victime	Examens complémentaires corroborant la plainte douloureuse	Bilan de la thérapeutique antalgique	Intensité de la douleur	Schéma des zones douloureuses	Descriptions verbales de la douleur	Incapacité fonctionnelle liée à la douleur	Détresse psychologique	Termes utilisés dans le rapport suggérant un doute sur la réalité de la douleur
A	judiciaire	Douleurs du genou, boiterie et restriction du périmètre de marche. Victime déclarée inapte définitivement à son poste de travail.	+	+	0	+	0	+	0	+
B	judiciaire	Douleurs lombaires basses et douleurs du bassin.	0	++	0	+++	0	++	++	0
C	judiciaire	Lombalgies persistantes, raideur du rachis avec incapacité fonctionnelle.	0	+	0	0	0	+ à ++	0	++
D	judiciaire Infection nosocomiale	Douleurs lombaires irradiant vers l'aîne, diminuées en position allongée, rendant la marche difficile; baisse de moral et anxiété.	0	+	0	+	0	+ à ++	++	+
E	assurance Badinter	Douleurs cervicales, dorso-lombaires nécessitant une ceinture de maintien, céphalées, vertiges, acouphènes, troubles de concentration, troubles du sommeil, troubles de l'humeur.	0	0	0	+	0	0	0	+++
F	assurance Badinter	Douleurs oculaires, céphalées, dysesthésies au niveau de la joue droite, troubles visuels à type de mouches volantes dans le champs visuel droit, troubles du sommeil, troubles de la mémoire, anxiété.	0	+++	0	++	+	0	0	++
G	judiciaire	Douleurs persistantes au niveau du dos, du bassin et des chevilles, entraînant une incapacité fonctionnelle importante.	+	+	0	+	0	0	0	+++
H	assurance Garantie contractuelle	Douleurs du pied et de la cheville gauche aggravées au bout de 10 minutes de marche et entraînant une impotence fonctionnelle avec impossibilité de maintenir la station debout prolongée ou la marche prolongée.	+	+	0	++	+	0	0	+++
I	assurance Garantie contractuelle	Douleurs dorsales neuropathiques déclenchées par les mouvements, des douleurs de la charnière dorso-lombaire, des douleurs du coccyx et du sacrum. Pas de reprise du travail.	+	+	0	+	0 à +	+	0	++
J	assurance Badinter	Céphalées chroniques quotidiennes, cervicalgies irradiant vers le crâne, raideur rachidienne avec épisodes algiques aigus surajoutés. Incidence majeure de la douleur sur les activités professionnelles et dans la vie personnelle.	0	+	0	++ à +++	0 à +	+	0	+
K	judiciaire	Troubles de la sensibilité avec hyperesthésie douloureuse au niveau de la pommette droite, troubles du sommeil et troubles de l'humeur.	0	+++	0	+++	0 à +	0	++	0

Tableau 1: Analyse de l'évaluation du symptôme « douleur » dans les rapports d'expertise, 2013-2014

Il ressort de cette analyse que, sur onze rapports étudiés, six ont été rédigés par un expert judiciaire et cinq par un expert de compagnie d'assurance.

Les victimes ne présentent pas ou très peu d'examens complémentaires corroborant leur plainte douloureuse parmi les pièces fournies pour l'expertise. L'évaluation de leur symptôme par le médecin expert passe essentiellement par leur parole et ne peut être que subjective.

Si la plupart des experts mentionne au moins une fois la thérapeutique à visée antalgique, seuls trois d'entre eux établissent un bilan et une analyse exhaustifs des antalgiques utilisés par la victime.

Aucune évaluation de l'intensité des douleurs n'est décrite dans les rapports d'expertise; aucune échelle d'évaluation de l'intensité des douleurs n'est mentionnée.

Concernant les zones douloureuses, aucun schéma n'est retranscrit dans les rapports d'expertise; par contre, la plupart des experts cite au minimum la ou les zones douloureuses, et certains les décrivent avec précision ainsi que les irradiations.

Les descriptions verbales de la douleur telles que proposées dans le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine ne sont quasiment pas utilisées.

L'incapacité fonctionnelle engendrée par la douleur est discutée dans six rapport sur onze, mais de façon plutôt sommaire. Les comportements d'auto-limitations ne sont pas abordés.

La détresse psychologique n'est abordée que dans trois rapports, de façon non exhaustive mais satisfaisante dans le contexte étudié. Dans les autres rapports, l'impact psychologique de la douleur n'est pas mentionné.

Seuls deux rapports sur onze sont rédigés sans ambiguïté par rapport à la réalité de la douleur de la victime qui est clairement admise par l'expert. A la lecture des autres rapports, la symptomatologie douloureuse est très peu mentionnée, toujours imparfaitement évaluée, souvent mise en perspective avec une remarque soulignant l'absence de « signe objectif » corroborant la plainte douloureuse. Des expressions permettant des sous-entendus sont utilisées telles que « allégation d'algies multiples », « douleurs lombaires selon le patient », « douleurs alléguées ».

D'une façon générale, les caractéristiques des douleurs les mieux évaluées dans les rapports d'expertise sont leur topographie et la thérapeutique utilisée par les victimes. A l'opposé, l'intensité de la douleur n'est jamais évaluée, le type de douleur n'est presque jamais précisé et la détresse psychologique n'est abordée que par peu d'experts.

Les experts judiciaires semblent un peu plus enclins que les experts d'assurance à admettre la réalité de douleurs séquellaires chroniques et leur évaluation du symptôme douloureux est un peu plus documentée; cependant, elle reste malgré tout relativement sommaire.

Discussion:

Nos données indiquent que l'évaluation de la douleur chronique par les spécialistes en réparation du dommage corporel sur notre échantillon est insuffisante. Cette analyse est basée sur un échantillon de très petite taille: seulement 11 dossiers ont été retenus. Ce petit effectif limite l'étude à un côté purement descriptif; il ne permet pas de calculer des pourcentages qui n'auraient aucune signification, ni d'effectuer des tests statistiques, et encore moins d'émettre des hypothèses. De même, aucune généralisation ne saurait être déduite à partir de nos résultats.

Aucun expert dans notre échantillon n'a évalué l'intensité des douleurs de la victime, et la lecture critique des rapports montre que les experts ont tendance à mettre en doute de façon insidieuse la véracité des dires de la victime par rapport à la douleur. Ils se limitent à une conception de la douleur très restrictive, et l'évaluent majoritairement sous l'angle nociceptif. Ils ont du mal à reconnaître et appréhender le caractère multidimensionnel de la douleur. L'absence fréquente de lésion objectivable aux examens complémentaires usuels et la méconnaissance de la douleur, malgré les efforts de formation des personnels de santé, rend son évaluation difficile et encore plus sa réparation au sens médico-légal. La réparation requiert trois conditions préalables cumulatives: l'existence d'une faute, d'un dommage, et d'un lien de causalité entre les deux. La charge de la preuve revient à la victime. Or la preuve réside en définitive dans la parole, forcément subjective, de la victime.

Nous avons étudié des rapports d'expertise rédigés par des médecins spécialistes en réparation du dommage corporel qui sont soit expert judiciaire, soit médecin-conseil de compagnie d'assurance. Il serait intéressant de compléter nos résultats par une étude visant les pratiques professionnelles des médecins-conseils de victimes concernant l'évaluation de la douleur.

Les médecins manifestent une attitude contrastée à l'égard de la douleur, attitude empreinte de sollicitude, notamment quand il s'agit d'exclure une maladie grave, mais par la suite également empreinte d'un sentiment d'irritation et d'impuissance.⁵² Ils connaissent la nature fonctionnelle d'un bon nombre de douleurs, et, en pareils cas, l'efficacité modeste de leur action thérapeutique. Il semble que leur approche de la douleur soit déchirée entre une préoccupation proprement médicale d'atténuer la souffrance, et une forme subtile de méfiance en ce qui concerne la reconnaissance de son ampleur ou de son impact sur la vie des patients.

On trouve notamment des préjugés tenaces gravitant autour de l'étiologie des douleurs persistantes et qui concernent la visée de « bénéfiques de la maladie ». Certains estiment même qu'une telle visée constitue le facteur étiologique majeur de la survenue ou de la persistance de la douleur. La douleur du patient aurait sa source ou sa cause dans les bénéfiques qu'il en escompte. L'expression de la douleur relèverait ainsi d'une visée, peut-être inconsciente, mais en tous cas intéressée du sujet. Les discussions dans la littérature scientifique sur les bénéfiques secondaires s'attachent typiquement à attribuer aux patients la responsabilité du manque de progrès dans leur réadaptation, plutôt que de constituer une plateforme pour l'exploration systématique et rigoureuse des barrières psychologiques au progrès de la réadaptation.⁵³

Le fait qu'une indemnisation financière ou matérielle puisse entrer en ligne de compte renforce ce type de préjugés. Il suffit de regarder l'abondante littérature publiée sur le lien entre douleur chronique, incapacité fonctionnelle et poursuites judiciaires (voir pour n'en citer que quelques-uns les articles de Weintraub 1995,⁵⁴ Rohling 1995,⁵⁵ Blyth 2003,⁵⁶ Fujii 2012,⁵⁷ et Jacobs 2013⁵⁸). Les études concluent généralement à un lien de corrélation entre une évolution péjorative d'un syndrome douloureux chronique et des poursuites judiciaires. Une lecture un peu critique des articles révèle que bien souvent les auteurs, après avoir décrit le lien de corrélation, l'interprètent comme un lien de cause à effet sans discussion sur l'imputabilité. Ils présument un lien de causalité entre l'existence de poursuites judiciaires et l'évolution péjorative d'un syndrome douloureux chronique, ainsi que le sens du lien: la cause étant forcément les poursuites judiciaires et la conséquence la douleur chronique débilante. Peu d'auteurs discutent l'éventualité d'un facteur de confusion qui pourrait expliquer la corrélation mise en évidence, ou le fait que la relation de cause à effet puisse être inversée, c'est-à-dire que c'est parce-que la douleur chronique est débilante que la victime sera plus susceptible d'engager des poursuites judiciaires.

Les articles s'intéressant à la relation entre poursuites judiciaires (et/ou compensation) et douleur chronique sont généralement écrits par des anglo-saxons. On recense notamment un certain nombre d'études américaines où le système légal est plus « confrontationnel » par nature que celui de la France. Les poursuites judiciaires créent des émotions négatives chez beaucoup de plaideurs bien au delà des lésions qui sont l'objet de la procédure. Ainsi les patients sont soumis à un niveau d'examen minutieux qui accroît leur stress et leur désarroi émotionnel, aggravant ainsi le syndrome douloureux sous-jacent.^{58, 59}

Toujours dans un contexte majoritairement anglo-saxon, des professionnels ont développé des outils qui permettraient selon eux de démasquer les « fraudeurs ». ^{60,61,62} Des études menées aux Etats-Unis suggèrent que la prévalence de fraude chez les patients douloureux pour lesquels il existe un enjeu financier se situerait entre 20% et 50%. ⁶³

A l'inverse, les études qui dénoncent la stigmatisation des patients souffrant de douleurs chroniques, ^{64,65} ou qui questionnent les standards utilisés pour juger un comportement douloureux « exagéré » semblent moins nombreuses. Pour Sullivan, les standards utilisés sont essentiellement des standards moraux plutôt que scientifiques. ⁶⁶

Lorsque les thérapeutes sont amenés à mettre en doute les dires de leurs patients ou l'expression de leur vécu douloureux, ils portent atteinte à l'alliance thérapeutique et assombrissent le pronostic. Les recommandations professionnelles en France visant à améliorer la qualité de vie des patients présentant une douleur chronique partent du principe que toute douleur exprimée doit être entendue. ⁷ Les conséquences de l'incrédulité des autres pour le patient douloureux sont la stigmatisation, l'isolement, et la détresse émotionnelle. ⁶⁵

L'absence de reconnaissance de la douleur ne peut que conforter le sentiment d'injustice ressenti par la victime. Les effets négatifs de l'injustice sont discutés depuis des millénaires. Platon affirmait que l'injustice était une maladie qui reflétait un déséquilibre de l'ordre naturel. ⁶⁷ Les patients atteints de douleur chronique qui blâment un tiers pour leur douleur déclarent plus de douleur et plus de détresse émotionnelle que ceux qui n'attribuent pas de faute pour leur condition douloureuse. ⁶⁸ Chez des patients présentant une affection musculo-squelettique, la perception d'injustice est associée à de moins bons résultats en termes de guérison, de capacité fonctionnelle, et de retour au travail. ⁵³

Même si l'expert n'est pas un thérapeute, l'expertise dans son rôle d'analyse, d'explication, de reconnaissance des séquelles, recèle une part de valeur thérapeutique dans le parcours d'une victime. Elle vient faire le point sur les souffrances globales de la victime, permet de clôturer symboliquement une phase, pour aboutir à la réparation et permet à la victime de passer à autre chose. Ne pas évaluer la douleur de la victime, ne pas la décrire dans toutes ses dimensions revient à la nier. La douleur fait partie intégrante du préjudice subi par une victime. La transition de la victime vers la réparation et l'après-réparation sera plus difficile si sa plainte n'est pas entendue, si son symptôme douloureux n'est pas reconnu.

Conclusion

En conclusion, notre étude semble indiquer que l'évaluation de la douleur chronique dans le cadre de l'expertise est insuffisante malgré l'existence de recommandations très précises des autorités sanitaires dans ce domaine. D'autres études avec une taille d'échantillon plus grande sont nécessaires pour confirmer nos résultats. Elles devraient aussi s'attacher à explorer la perception de la douleur chronique par les spécialistes en réparation juridique du dommage corporel.

L'absence actuelle de moyens objectifs permettant d'évaluer la douleur soulève une question éthique : dans quelle mesure peut-on demander à un tiers la réparation d'un préjudice pour lequel il n'existe pas de preuve objective ? Plutôt qu'une incompetence ou un refus malintentionné de reconnaître un préjudice, l'attitude des experts reflète peut-être cette tension éthique entre le droit reconnu des victimes à la réparation intégrale de leur préjudice et l'impossibilité d'en fournir des preuves matérielles. Au final, il semble que le doute bénéficie rarement à la victime.

Références

- 1 <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>, accédé le 17 septembre 2014.
- 2 Société Scientifique de Médecine Générale, Vanhalewyn M, Cerexhe F. La douleur chronique. Recommandations de bonne pratique. Bruxelles: SSMG; 2004.
- 3 Sanders et al. Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic non-malignant pain syndrome patients. *Pain Pract* 2005; 5(4):303-15.
- 4 <http://www.asahq.org/For-Members/Standards-Guidelines-and-Statements.aspx>, Chronic pain can be a multisystem disease, Committee on pain medicine, accédé le 17 septembre 2014.
- 5 Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Paris. ANAES. 1999.
- 6 Bruchon-Schweitzer M. La prédiction de la santé: les modèles explicatifs. In: Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod; 2005. p 84-93.
- 7 HAS. Recommandations Professionnelles. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Argumentaire. Décembre 2008.
- 8 Bouhassira et al. Pain 2007
- 9 Ospina et al. Prevalence of chronic pain: an overview. HTA 29. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2002.
- 10 Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse). Organisation des services de santé. Montréal: AETMIS; 2006.
- 11 DREES 2007
- 12 Breivik et al. Eur J Pain 2006
- 13 Moulin JF et Bourreau F. Syndromes douloureux chroniques: complexité et pluridisciplinarité. Aspects psychologiques de la douleur chronique. UPSA. P 17.
- 14 ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.
- 15 Boureau F. Méthodes d'évaluation des analgésiques chez l'homme. In: Giroud JP, Mathé G, Meyniel G, éditeurs. *Pharmacologie clinique, bases de la thérapeutique*. Paris: Expansion Scientifique Française; 1988. p. 801-12.
- 16 Jensen et al. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press; 1992. p. 135-51.
- 17 Jensen et al. The use of multiple-item scales for pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain* 1996; 67: 35-40.
- 18 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Control of pain in patients with cancer. Edinburgh: SIGN; 2000.
- 19 Tait et al. Physician judgments of chronic pain patients. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1199-205
- 20 Larue et al. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ* 1995; 310: 1034-7.
- 21 Larue et al. Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease : multicentre study. *BMJ* 1997; 314: 23-8.
- 22 Poisson-Salomon et al. Audit de la prise en charge de la douleur postopératoire. *Presse Méd* 1996; 25: 1013-7.
- 23 Melzack R. The McGill Pain Questionnaire : major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-99
- 24 Boureau et al. Élaboration d'un questionnaire d'autoévaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie* 1984; 39: 119-29.
- 25 Boureau et al. Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain* 1992; 50: 59-65.
- 26 Daut et al. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 1983; 17: 197-210.
- 27 Brasseur L. Traitement de la douleur. Paris: Doin Éditeurs; 1997.
- 28 Kerns et al. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain* 1985; 23: 345-56.
- 29 Lousberg et al. Validating the MPI-DLV using experience sampling data. *J Behav Med* 1997; 20: 195-206.
- 30 Walter et al. A cluster analysis of the Multidimensional Pain Inventory. *Headache* 1991; 31: 476-9.
- 31 Sanders et al. Guidelines for program evaluation in chronic non-malignant pain management. *J Back Musculoskeletal Rehabil* 1996; 7: 19-25.
- 32 Lawlis et al. The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine* 1989; 14: 511-6.
- 33 Marty et al. Validation de la version française de l'échelle de Dallas chez les patients lombalgiques chroniques. *Rev Rhum (Ed Fr)* 1998; 65: 139-47.
- 34 Bowling A. Broader measures of health status. In: *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. 2nd ed. Buckingham (UK): Open University Press; 1997. p. 38-70.
- 35 Collet et al. Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items). Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Wildlöcher. *Encéphale* 1986; 12: 77-9.
- 36 Lépine et al. Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd Psychol* 1985; 143: 175-89.
- 37 Adams F. The law, oath of Hippocrates, on the surgery, and on the sacred disease. Gloucester, UK: Dodo Press, 2009.

- 38 Jones et al. Cortical and subcortical localization of response to pain in man using positron emission tomography. *Proc Biol Sci* 1991; 244: 39-44.
- 39 Talbot et al. Multiple representations of pain in human cerebral cortex. *Science* 1991;251: 1355-8.
- 40 Apkarian et al. Specificity and plasticity of the pain in clinical chronic pain. *Pain* 2011;152: 549-64.
- 41 Tracey I. Can neuroimaging studies identify pain endophenotypes in humans? *Nat Rev Neurol* 2011;7: 173-81.
- 42 Peyron et al. Imagerie fonctionnelle cérébrale appliquée à l'analyse des phénomènes douloureux. *Medecine/Sciences* 2011;27: 82-7.
- 43 Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain. *J Dent Educ* 2001;65: 1378-82.
- 44 Singer et al. Empathy for pain involves the affective but not sensory component of pain. *Science* 2004;303: 1157-62.
- 45 Kross et al. Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proc Natl Acad Sci USA* 2011;108: 6270-5.
- 46 Eisenberger et al. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science* 2003;302: 290-2.
- 47 Lee et al. Imaging pain: a potent means for investigating pain mechanisms in patients. *Br J Anaesth* 2013;111: 64-72.
- 48 Brodersen et al. Decoding the perception of pain from fMRI using multivariate pattern analysis. *Neuroimage* 2012;63: 1162-70.
- 49 Wager et al. An fMRI-based neurologic signature of physical pain. *N Engl J Med* 2013;368: 1388-97.
- 50 Allaz et al. Evaluation de la douleur: la fin de la subjectivité? *Rev Med Suisse* 2013;9:1339-1340.
- 51 Carr et al. Management of cancer symptoms: Pain, depression and fatigue. Evidence Report/Technology Assessment N° 61. AHRQ: 2002.
- 52 Aspects psychologiques de la douleur chronique. UPSA. P100.
- 53 Sullivan et al. The rôle of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: scale development and validation. *J Occup Rehabil* 2008;18:249-61.
- 54 Weintraub MI. Chronic pain in litigation: What is the relationship? *Neurol Clin* 1995;13: 341-9.
- 55 Rohling et al. Money matters: A meta-analytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain. *Health Psychol* 1995;14: 537-47.
- 56 Blyth et al. Chronic pain, work performance and litigation. *Pain* 2003;103: 41-47.
- 57 Fujii et al. The association between compensation and chronic disabling back pain. *J Orthop Sci* 2012;17: 694-698.
- 58 Jacobs MS. Psychological factors influencing chronic pain and the impact of litigation. *Curr Phys Med Rehabil Rep* 2013;1:135-41.
- 59 Kane et al. Evaluation for personal injury claims. New York: Oxford University Press; 2006.
- 60 Craig et al. Introduction to the special series on pain deception and malingering. *Clin J Pain* 2004;20: 377-82.
- 61 Mendelson et al. Malingering pain in the medicolegal context. *Clin J Pain* 2004;20: 426-32.
- 62 Iverson GL. Identifying exaggeration and malingering. *Pain Practice* 2007;7: 94-102.
- 63 Greve et al. Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychologic evaluation in a medicolegal context. *Arch Phys Med Rehabil* 2009;90:1117-26.
- 64 Robinson et al. Malingering? No evidence in a predominantly Hispanic workers' compensation population with chronic pain. *Pain Manag Nurs* 2011;12: 33-40.
- 65 Newton et al. A narrative review of the impact of disbelief in chronic pain. *Pain Manag Nursing* 2013;14: 161-71.
- 66 Sullivan M. Exaggerated pain behavior: By what standard? *Clin J Pain* 2004;20: 433-9.
- 67 Annes J. An introduction to Plato's republic. Oxford, UK; Oxford University Press, 1992.
- 68 DeGood et al. Perception of fault in patients with chronic pain. *Pain* 1996;64: 153-9.

Annexes

Grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique établie par l'ANAES.

Ancienneté de la douleur

Mode de début

- circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)
- description de la douleur initiale
- modalités de prise en charge immédiate
- événements de vie concomitants
- diagnostic initial, explications données
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Profil évolutif du syndrome douloureux

- comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente...)
- degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Traitements effectués et actuels

- traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- modes d'administration des médicaments, doses, durées
- effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- attitudes vis-à-vis des traitements

Antécédents et pathologies associées

- familiaux
- personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- expériences douloureuses antérieures

Description de la douleur actuelle

- topographie
- type de sensation (brûlure, décharge électrique...)
- intensité
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)
- facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

- situation familiale
- situation sociale
- statut professionnel et satisfaction au travail
- indemnités perçues, attendues ; implications financières
- procédures

Facteurs cognitifs

- représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)
- interprétation des avis médicaux

Facteurs comportementaux

- attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...)
- modalités de prise des médicaments
- observance des prescriptions

Analyse de la demande

- attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- objectifs partagés entre le patient et le médecin

QUESTIONNAIRE DOULEUR DE SAINT-ANTOINE (QDSA), FORME ABRÉGÉE

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Elancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

VÉRIFIEZ QUE VOUS AVEZ RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS !

Analyse de l'évaluation du symptôme « douleur » dans les rapports d'expertise, 2013-2014 (détails).

Victime	Expert	Plainte de la victime	Examens complémentaires corroborant la plainte douloureuse	Intensité de la douleur	Schéma des zones douloureuses	Descriptions verbales de la douleur	Incapacité fonctionnelle liée à la douleur	Détresse psychologique	Termes utilisés dans le rapport suggérant un doute sur la réalité de la douleur	Bilan de la thérapie antalgique
A	judiciaire	Homme de 58 ans, victime d'un accident de la voie publique: cycliste renversé par un scooter: => fractures spino tibio-tarsales de l'extrémité supérieure du tibia gauche nécessitant une ostéosynthèse. A l'expertise, un an et demi après les faits, la victime se plaint de douleurs du genou entraînant une boiterie et restreignant son périmètre de marche. Elle a été déclarée inapte définitivement à son poste de travail.	radiographie	jamais évaluée, ni au chapitre des doléances, ni au chapitre de l'examen clinique, ni dans la discussion médico-légale.	non réalisé, il est uniquement fait mention de «douleurs du genou gauche»	aucune	inaptitude au poste de travail et répercussions sur activités de loisirs mentionnées au chapitre des doléances et dans la discussion (description brève)	pas abordé dans le rapport	aucun, mais le symptôme douleur est imparfaitement évalué dans le rapport	mentionné dans les pièces communiquées à l'expert
B	judiciaire	Femme de 33 ans, victime d'un accident de la voie publique: motocycliste renversée par une voiture => traumatisme du genou; les suites sont marquées par l'apparition d'un spondylarthrite ankylosante avec des douleurs A l'expertise, 3 ans après les faits, la victime se plaint de douleurs lombaires basses et douleurs du bassin.	aucun	jamais évaluée, ni au chapitre des doléances, ni au chapitre de l'examen clinique, ni dans la discussion médico-légale.	non réalisé mais description des zones douloureuses et irradiation correctement faite	aucune	décrite correctement au chapitre des doléances et prise en compte dans la discussion	décrite correctement au chapitre des doléances et prise en compte dans la discussion et l'évaluation du DFP	aucun, la réalité de la douleur est reconnue par l'expert	mentionné au chapitre des doléances et dans les pièces communiquées à l'expert
C	judiciaire	Femme de 52 ans, victime d'un accident de la voie publique: piéton renversée par une camionnette => fracture complexe du fémur droit opérée compliquée d'une phlébite du MID, le tout ayant entraîné une hospitalisation de trois mois et demi. A l'expertise, 3 ans et demi après les faits, la victime se plaint de lombalgies persistantes, de raideur du rachis et décrit précisément l'incapacité fonctionnelle qu'elle présente.		jamais évaluée, ni au chapitre des doléances, ni au chapitre de l'examen clinique, ni dans la discussion médico-légale.	non réalisé, pas de détail sur les zones douloureuses; il est uniquement fait mention de « lombalgies »	aucune	- décrite correctement au chapitre des doléances - par contre, l'incidence professionnelle de cette incapacité fonctionnelle n'est pas discutée dans le rapport	pas abordé dans le rapport	les lombalgies ne sont mentionnées qu'une seule fois dans le chapitre des doléances et immédiatement suivies par une remarque de l'expert: « aucun signe d'appel ... mentionnant une quelconque lésion fracturaire lombaire »	non fait Mention d'un traitement antalgique dans les commémoratifs
D	judiciaire Infection nosocomiale	Femme de 52 ans, opérée d'un rétrécissement du canal lombaire avec spondylolisthésis; suite opératoires compliquées par radiculalgie L5 liée à mauvaise position d'un vis nécessitant une réintervention, puis infection nosocomiale nécessitant une reprise chirurgicale au bout de deux semaines, et enfin une rechute de l'infection nosocomiale 18 mois plus tard justifiant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. A l'expertise, 3 ans et demi après l'intervention initiale, la victime se plaint de douleurs lombaires irradiant vers l'aîne, diminuées en position allongée, rendant la marche difficile; elle signale une baisse de moral et une anxiété.		jamais évaluée, ni au chapitre des doléances, ni au chapitre de l'examen clinique, ni dans la discussion médico-légale.	non réalisé, pas de détail sur les zones douloureuses; il est uniquement fait mention de «douleurs lombaire» avec mention d'une irradiation	aucune	- décrite correctement au chapitre des doléances - par contre, l'incidence professionnelle de cette incapacité fonctionnelle n'est pas prise en compte dans les conclusions	mentionné brièvement au chapitre des doléances et dans la discussion; pris en compte dans l'évaluation du DFP	aucun, mais le symptôme douleur est imparfaitement évalué dans le rapport	mentionné dans les commémoratifs
E	assurance Badinter	Homme de 41 ans, victime d'un accident de la voie publique: passager ceinturé d'une voiture qui a fait des tonneaux => traumatisme crânien avec contusions dorsales et thoraciques. Par la suite, il a présenté des vertiges, céphalées, un syndrome algodystrophique dysfonctionnel mandibulaire droit. A l'expertise un an après l'accident, la victime se plaint de douleurs cervicales, douleurs dorso-lombaires nécessitant une ceinture de maintien, des céphalées, vertiges, acouphènes, des troubles de concentration, troubles du sommeil, troubles de l'humeur.	pas d'imagerie	jamais évaluée, ni au chapitre des doléances, ni au chapitre de l'examen clinique, ni dans la discussion médico-légale.	non réalisé, description sommaire des zones douloureuses, pas de mention d'irradiation	aucune	- pas discuté et pas prise en compte dans les répercussions sur le DFP	pas abordé dans le rapport	« allégation d'algies multiples », les céphalées ne sont pas mentionnées	non fait pas de mention d'un traitement antalgique

Victime	Expert	Plainte de la victime	Examens complémentaires corroborant la plainte douloureuse	Intensité de la douleur	Schéma des zones douloureuses	Descriptions verbales de la douleur	Incapacité fonctionnelle liée à la douleur	Détresse psychologique	Termes utilisés dans le rapport suggérant un doute sur la réalité de la douleur	Bilan de la thérapeutique antalgique
F	assurance Badinter	Homme de 27 ans, victime d'un accident sur la voie publique: à pied, heurté au niveau de la face par le rétroviseur d'un camion => traumatisme crânien, enfoncement de la paroi médiale de l'orbite droite (fracture non déplacée de la marche de l'orbitaire interne droite). A l'expertise 3 mois après les faits, la victime se plaint de douleurs oculaires, céphalées, dysesthésies au niveau de la joue droite, troubles visuels à type de mouches volantes dans le champs visuel droit, troubles du sommeil, troubles de la mémoire, anxiété.		jamais évaluée, ni au chapitre des doléances, ni au chapitre de l'examen clinique, ni dans la discussion médico-légale.	non réalisé mais description des zones douloureuses	sommaire: « picotements » mentionnés au chapitre des doléances	- pas discutée	pas abordé dans le rapport	le symptôme douloureux est très peu décrit, très peu évalué, réduit à « une sensibilité de l'hémiface ... avec picotements, douleur au froid, ... »; les céphalées et migraines ne sont pas mentionnées dans la discussion.	mentionné à plusieurs reprises et évalué correctement
G	judiciaire	Homme de 57 ans, victime d'un accident de la voie publique: cycliste renversé par une voiture => tassement de D11, fracture tassement de L2, entorse de cheville gauche, foulure de cheville droite. A l'expertise, 21 mois après les faits, la victime se plaint de douleurs persistantes au niveau du dos, du bassin et des chevilles, entraînant une incapacité fonctionnelle importante.	IRM	jamais évaluée, ni au chapitre des doléances, ni au chapitre de l'examen clinique, ni dans la discussion médico-légale.	non réalisé, description vague des zones douloureuses, pas de mention d'irradiation	aucune	pas discutée: seule une raideur rachidienne modérée est notée en rapport avec les douleurs résiduelles	pas abordé dans le rapport	« douleurs lombaires, selon le patient », « douleurs alléguées »	non fait Mention d'un traitement antalgique dans les commémoratifs
H	assurance Garantie contractuelle	Homme de 56 ans, victime d'une chute en descendant d'un bus, entraînant une fracture bimalléolaire de la cheville gauche, ayant bénéficié d'une ostéosynthèse de la malléole péronière, ultérieurement compliquée d'algodystrophie de la cheville. A l'expertise, 13 mois après l'accident, la victime se plaint de douleurs du pied et de la cheville gauche aggravées au bout de 10 minutes de marche et entraînant une impotence fonctionnelle avec impossibilité de maintenir la station debout prolongée ou la marche prolongée.	scintigraphie osseuse	jamais évaluée, ni au chapitre de l'examen clinique, ni dans la discussion médico-légale.	non réalisé mais description des zones douloureuses	- sommaire: "fond continu" et "sensation de froid" sont mentionnés au chapitre des doléances	- pas discutée	pas abordé dans le rapport	L'expert insiste dans son rapport sur les données de son examen clinique qui met en évidence des amplitudes articulaires normales de la cheville en passif. De plus il remet en doute le diagnostic d'algodystrophie (pourtant confirmée par la scintigraphie osseuse): « aucun stigmate en faveur d'un syndrome algodystrophique »	mentionné dans les commémoratifs et dans la discussion
I	assurance Garantie contractuelle	Femme de 35 ans, victime d'une chute de sa hauteur sur une estrade, entraînant une fracture enfoncement du plateau supérieur de L1 et un tassement du corps vertébral de D11. L'évolution est marquée par l'apparition de douleurs dorsales neuropathiques et le diagnostic d'ostéogénèse imparfaite est posé. A l'expertise deux ans et demi après, la victime présente des douleurs dorsales neuropathiques déclenchées par les mouvements, des douleurs de la charnière dorso-lombaire, des douleurs du coccyx et du sacrum. Elle n'a pas repris son travail.	scintigraphie osseuse et IRM dorso-lombaire	jamais évaluée, ni au chapitre des doléances, ni au chapitre de l'examen clinique, ni dans la discussion médico-légale.	pas réalisé, mais description très sommaire des zones douloureuses (« douleurs dorsales » sans plus de précision)	- quasi-inexistant: seul le terme "coup de poignard" est mentionné au chapitre des doléances	- mentionnée au chapitre des doléances pour la position assise et la conduite de véhicule - limitée à la description des difficultés des changements de position au chapitre examen clinique et discussion	pas abordé dans le rapport	Aucun, mais la description sommaire de l'incapacité fonctionnelle dans la discussion est immédiatement suivie par la mention d'un examen clinique neurologique normal au niveau des membres inférieurs	mentionné dans les commémoratifs et dans la discussion

Victime	Expert	Plainte de la victime	Examens complémentaires corroborant la plainte douloureuse	Intensité de la douleur	Schéma des zones douloureuses	Descriptions verbales de la douleur	Incapacité fonctionnelle liée à la douleur	Détresse psychologique	Termes utilisés dans le rapport suggérant un doute sur la réalité de la douleur	Bilan de la thérapeutique antalgique
J	assurance Badinter	Femme de 43 ans, esthéticienne, victime d'un accident de la voie publique: conductrice à l'arrêt de son véhicule, percutée par l'arrière par une autre voiture => traumatisme cervical classique type « coup du lapin », pas de lésion osseuse ni de signe d'entorse cervicale. A l'expertise trois ans plus tard, la victime se plaint de céphalées chroniques quotidiennes, cervicalgies irradiant vers le crâne, raideur rachidienne avec épisodes algiques aigus surajoutés. Elle décrit une incidence majeure de la douleur sur ses activités professionnelles et dans sa vie personnelle.	Pas de lésion objectivée à l'imagerie	jamais évaluée, ni au chapitre des doléances, ni au chapitre de l'examen clinique, ni dans la discussion médico-légale.	pas réalisé, mais description sommaire des zones douloureuses et de leur irradiation	- seul terme utilisé: « douleur aiguë » - aucun des termes du questionnaire de la douleur de Saint-Antoine n'est utilisé.	- mentionnée au chapitre des doléances uniquement pour les activités personnelles (agrément et ménagères) - limitée à la description de la raideur rachidienne dans la discussion	pas abordé dans le rapport	Aucun, mais le symptôme douleur est globalement négligé dans le rapport	mentionné dans les commémoratifs et dans la discussion
K	judiciaire	Homme de 46 ans, victime d'une agression (frappé au visage): => fracture des os propres du nez et fracture du plancher de l'orbite droite nécessitant une intervention chirurgicale. A l'expertise un an et demi après les faits, la victime se plaint entre autre de troubles de la sensibilité avec hyperesthésie douloureuse au niveau de la pommette droite ainsi que de troubles du sommeil et troubles de l'humeur.		jamais évaluée, ni au chapitre des doléances, ni au chapitre de l'examen clinique, ni dans la discussion médico-légale.	pas réalisé, mais description correcte des zones douloureuses et de leur irradiation	- seul terme utilisé: « sensation désagréable » - aucun des termes du questionnaire de la douleur de Saint-Antoine n'est utilisé.	pas discutée	mentionné brièvement au chapitre des doléances et dans la discussion	aucun, la réalité de la douleur est reconnue par l'expert	fait correctement: mentionné dans les commémoratifs et au chapitre des doléances