

# Combattre la douleur sur tous les fronts

---

## SOMMAIRE

<b>La France face à la douleur : bilan et perspectives</b> .....	p. 2
<b>Quels moyens médicaux face à la douleur ?</b> .....	p. 3
<b>Vers une approche globale de la douleur chronique (kinésithérapie, hypnose)</b> .....	p. 5
<b>Témoignages</b> .....	P. 7
<b>Les réponses à vos questions</b> .....	p. 8
<b>Pour en savoir plus</b> .....	p. 13
<b>Glossaire</b> .....	p. 13

## Avec la participation de :

### > Dr Paul Pionchon

Président de la société d'étude et de traitement de la douleur (SETD) et chercheur à l'unité Inserm « Neurobiologie de la douleur trigéminal », Clermont-Ferrand.

### > Pr Alain Eschalier

Directeur de l'unité Inserm « Pharmacologie fondamentale et clinique de la douleur », Clermont-Ferrand.

### > Dr Pascale Picard

Directrice du centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD), Clermont-Ferrand.

> Ces propos ont été recueillis à l'occasion d'un débat organisé par la Fondation Recherche Médicale dans le cadre de ses Journées<sup>1</sup>, le 16 septembre 2003, à l'ESC de Clermont-Ferrand. Ce débat était animé par Laurent Romejko, journaliste de France 2.

> Ce dossier est également disponible sur le site web de la Fondation Recherche Médicale [www.frm.org](http://www.frm.org)

> Les termes avec astérisque (\*) sont définis ou explicités dans le glossaire ou dans la rubrique *Pour en savoir plus* en page 13.

> Dossier publié le 15 novembre 2003.

<sup>1</sup>Du 9 au 23 septembre 2003, la Fondation Recherche Médicale organisait 7 débats grand public dans 6 villes de France (Paris, Rennes, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Nice, Grenoble). Le public a pu y rencontrer médecins et chercheurs, leur poser des questions et dialoguer avec eux.

## La France face à la douleur : bilan et perspectives

Dr Paul Pionchon

Chirurgien-dentiste et psychologue

à la Faculté d'odontologie de Clermont-Ferrand,

Laboratoire de neurobiologie de la douleur

trigéminal Ins erm E216.

Président de la Société d'étude et de traitement de la douleur.

.....

La douleur est un phénomène que nous connaissons tous, depuis l'aube de l'humanité. Elle a longtemps été mal comprise et considérée comme une fatalité liée au destin de l'homme. Descartes est le premier à avoir un modèle scientifique de la douleur en 1774. Progressivement, des recherches ont été menées au cours des siècles afin de savoir ce qu'elle était précisément. En 1994, l'Association internationale pour l'étude de la douleur a donné une définition reconnue par l'organisation mondiale de la santé (OMS)

La douleur est une expérience humaine, sensorielle et émotionnelle ressentie dans le corps : en cela, elle se différencie de la souffrance. Elle constitue un fait physique, psychologique, social, culturel. C'est donc un phénomène pluridimensionnel et le soin de la douleur nécessite des équipes pluridisciplinaires. Pour cela, les soignants, doivent se livrer à un véritable travail d'enquête pour mieux la comprendre et donc la soigner.

### > Les formes et les types de douleur

On distingue :

- la douleur consécutive à une stimulation comme un coup de marteau sur le doigt ou une carie dentaire. Cette douleur en réponse à une agression est un signal d'alarme qui avertit votre cerveau que vous êtes en danger, ce qui va induire un comportement visant à vous soustraire au danger. Ainsi, la douleur qui suit une intervention chirurgicale est une douleur physiologique que l'on essaye de contrôler, pour éviter qu'elle ne dure trop longtemps ;
- les douleurs chroniques, qui s'installent, durent et envahissent complètement la vie quotidienne de l'individu, son entourage. Cette sorte de douleur est une «maladie en soi » René Leriche\*), totalement inutile, qui use l'individu qui en souffre. Elle est prise en charge par les équipes pluridisciplinaires et les centres de consultation de la douleur.

La douleur est un fait subjectif. La façon dont on la perçoit est influencée par notre culture, par notre éducation et par la façon dont on la subit : si une douleur est liée à une maladie grave, le contexte de cette maladie rejaille sur la façon dont on la ressent.

La première chose à faire pour un soignant de la douleur est donc de savoir écouter les patients, ensuite de se servir des outils pour décoder les différentes composantes de la douleur. Il existe en effet des tests, issus de recherches fondamentales et cliniques, qui permettent aux professionnels de comprendre le type de douleur dont souffre le patient. Tout le monde est concerné un jour ou l'autre par la douleur.

On distingue donc deux grands types de douleurs : la douleur aiguë et la douleur chronique.

- La douleur aiguë, liée aux soins, peut toucher chacun d'entre nous. Elle est un des axes prioritaires du programme de lutte contre la douleur initié par le ministère de la santé : essayer de contrôler ces douleurs aiguës liées aux soins, aux examens et à la chirurgie.

- La douleur chronique, dont on ne peut pas faire une estimation précise, ni en France, ni au niveau international, parce que ces douleurs sont toutes différentes. « La » douleur n'existe pas. On ne peut que faire une estimation de certaines douleurs, dans certains domaines. Les personnes âgées par exemple souffrent de douleurs rhumatismales ; la lombalgie est une des douleurs les plus banales qui touche à peu près 50 à 60 % de la population, la migraine environ 15 % de la population, les douleurs dentaires 60 % de la population au moins une fois dans une vie, les douleurs faciales complexes touchent 0,5 % de la population...

Il est nécessaire de faire des enquêtes épidémiologiques pour circonscrire les besoins liés à la douleur et orienter de façon plus précise et plus fine les moyens de lutter contre elle. Actuellement, la douleur liée au cancer est relativement bien prise en charge. Les centres de lutte contre le cancer ont été les premiers à s'en préoccuper.

### > Les moyens de prise en charge de la douleur

Beaucoup de substances pharmacologiques permettent de prendre en charge les douleurs.

Mais toutes les douleurs ne se traitent pas uniquement avec des médicaments. Des techniques particulières existent pour soigner la douleur, en écoutant le patient, en essayant de sauvegarder son activité, en travaillant avec ses proches qui sont les soutiens indispensables des personnes souffrantes, pour qu'elles puissent lutter elles-mêmes contre leur douleur.

Au dernier congrès européen des sociétés européennes de la douleur, nous avons comparé les situations. La France n'est pas mal lotie. Les professionnels de la douleur sont étroitement associés au suivi des plans contre la douleur, avec les représentants des associations de malades.

Il y a vingt-cinq ans, les chercheurs et les cliniciens ont sensibilisé les pouvoirs publics. La première loi sur la prise en charge de la douleur hospitalière date de 1994, loi votée à l'unanimité des deux chambres : « *La douleur, ce n'est pas une affaire de politique* » avait dit le sénateur Lucien Neuwirth. Le premier programme douleur a été proposé par Bernard Kouchner en 1998 et évalué en 2001. Il a été reconduit pour quatre ans, avec le soutien du ministre de la santé, Jean-François Mattei.

## Quels moyens médicaux contre la douleur ?

Pr Alain Eschalié

Directeur de l'unité Inserm « Pharmacologie fondamentale et clinique de la douleur », Clermont-Ferrand.

.....

Les antalgiques sont des médicaments qui luttent contre la douleur. Les médicaments analgésiques, comme les nomment les anglosaxons, sont des médicaments aptes à supprimer la douleur. En réalité, nous préférons parler de médicaments antalgiques car on ne peut que soulager la douleur des patients. Un certain nombre de médicaments antalgiques sont très anciens comme la morphine qui, au travers des extraits d'opium, est utilisée depuis des millénaires. Ces médicaments cohabitent avec d'autres stratégies thérapeutiques pour améliorer l'état de santé des patients atteints de douleurs.

Les médicaments dont on dispose aujourd'hui sont la morphine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), l'aspirine et le paracétamol. Dans le contexte des douleurs aiguës, il n'y en a

pas d'autres. Or, ces médicaments datent du XIXe siècle. L'innovation pharmacologique n'a donc pas beaucoup apporté. Pourtant ces médicaments sont des médicaments importants. Il est difficile de trouver des médicaments aussi efficaces que la morphine dans les douleurs post-opératoires. La morphine reste un médicament de référence pour les douleurs les plus sévères. A l'autre extrémité, les anti-inflammatoires non stéroïdiens type aspirine et des produits plus récents, comme le paracétamol. Ce dernier est le médicament antalgique le plus utilisé au monde et le plus prescrit, sans doute parce que c'est le mieux toléré. Il n'a pas le niveau d'efficacité de la morphine, mais il a un ratio bénéfice/risque très optimal. Le paracétamol a été mis sur le marché en 1893, l'aspirine en 1897. Et pourtant, ces deux médicaments gardent encore une place prépondérante dans les traitements de la douleur (aspirine ou certains AINS\*).

Dans la prise en charge de la douleur, en France et dans le monde, des progrès ont pourtant été réalisés au niveau des formes pharmaceutiques. Différentes présentations de médicaments permettent en effet aux médecins de moduler la prise en charge de la douleur. A titre d'exemple, sont arrivés des médicaments qui agissent rapidement et peuvent donc être efficaces, même pris par voie orale lors de douleurs aiguës. Ces mêmes médicaments se présentent aussi sous des formes injectables et peuvent être administrés d'une façon auto-contrôlée par le patient, par voie intraveineuse. A l'opposé, d'autres formes de médicaments ont une action différée mais prolongée dans le temps, ce sont des médicaments « à libération prolongée ». Ces formes médicamenteuses à prise orale ou que l'on peut appliquer en patch sur la peau concernent aussi d'autres domaines de la pharmacologie que les médicaments antalgiques.

Cette multiplication des « formes galéniques\* » permet de personnaliser la prise en charge de la douleur. Lorsque nous entamons par exemple une thérapie par la morphine chez des patients cancéreux, on peut au départ faire de la « titration », comme quand on laisse tomber, goutte à goutte, un soluté qui va provoquer une réaction chimique.

Si le patient présente des poussées de douleurs « paroxystiques », on pourra avoir recours à des formes à libération rapide qui calment très rapidement la douleur. Tout cela s'applique à la morphine, ce médicament très ancien. D'autres médicaments dits morphiniques sont arrivés sur

le marché et grâce aux progrès de leur mise en forme pharmaceutique, ont permis de faire évoluer la prise en charge de la douleur.

La deuxième évolution très importante, c'est la prise de conscience collective, à la fois par le corps médical mais aussi par les patients qui en sont demandeurs, de la nécessité de mieux prendre en charge la douleur.

Outre les outils évoqués, on a voulu établir des protocoles de traitement et des recommandations dans leur emploi par les thérapeutes. La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer vient ainsi d'éditer des « standards options recommandations ». Il s'agit d'un ouvrage volumineux, contenant des éléments synthétiques, qui permet aux médecins, dans le cadre de la prise en charge des douleurs cancéreuses sous toutes leurs formes, d'utiliser le traitement optimal en fonction des patients. Le progrès n'est pas un progrès de fond, mais il est un progrès dans l'utilisation quotidienne de ces médicaments.

Dans la prise en charge de la douleur, les mythes liés à la morphine devraient disparaître. Il y a un autre mythe, celui sur « le médicament universel de la douleur ». La douleur est multiple. Sur le plan purement neurophysiologique de transmission du message douloureux, il n'y a ni un seul mécanisme ni une seule douleur. Il n'y aura donc jamais de médicament universel de la douleur, ce qui n'empêche pas d'espérer encore des progrès.

Faire des progrès vis-à-vis de médicaments comme la morphine, c'est mettre la barre très haut ! En terme d'efficacité, dans les douleurs liées à un excès d'influx nerveux qui circule, la morphine est un produit de référence. Dans ce contexte bien précis, avoir un médicament plus efficace que la morphine est sans doute difficile, voire utopique.

Par contre, on peut faire mieux en terme de tolérance. Car, même si la morphine n'induit pas de toxicomanie et même si les dépressions respiratoires sont maîtrisables – à condition qu'il y ait une surveillance adéquate – la morphine a des effets indésirables gênants : constipation, nausées, vomissements, somnolence, etc. Les recherches peuvent aboutir à un produit aussi efficace que la morphine, exempt de ces effets indésirables et ne présentant pas ces risques d'abus ou de dépression respiratoire.

Mais la barre est également placée très haut à la fois sur le plan de la recherche et sur le plan socio-économique : développer un médicament a toujours un coût et la morphine n'est pas un médicament cher. Par conséquent, si les autorités acceptent qu'un médicament vienne se substituer à la morphine, elles auront tendance à considérer que le prix doit rester proche de celui de la morphine, ce qui risque d'être peu compatible avec une recherche industrielle active.

A l'autre extrémité, remplacer le paracétamol n'est pas simple, car il est bien toléré. Il n'est certes pas très efficace, mais toutes les douleurs ne sont pas intenses et un certain nombre de douleurs du quotidien sont sensibles au paracétamol. Il ne sera donc pas facile de faire mieux.

Dans notre équipe, nous espérons trouver la cible du paracétamol, l'endroit précis où il agit dans le système nerveux. Si l'on est capable de trouver cette cible, alors, aidés par des chimistes, on pourra concevoir de nouvelles molécules plus actives que le paracétamol, en espérant qu'elles resteront bien tolérées.

Mais la douleur n'est pas univoque, de multiples mécanismes peuvent être à l'origine de la douleur. De nombreuses équipes de recherche, dont les deux équipes clermontoises, celle de Radhouane Dallel, qui travaille sur la douleur trigéminal (c'est-à-dire sur un centre nerveux impliqué dans les douleurs oro-faciales), et nous-mêmes, qui travaillons sur les douleurs liées à des lésions nerveuses à la périphérie, espèrent comprendre l'intimité de ces douleurs pour proposer des cibles pour de nouveaux médicaments. Ces recherches ont des limites : elles se font, soit *in vitro*, soit sur des organismes vivants, comme les rongeurs. Mais nous sommes loin de l'organisme humain. D'autre part, si ces recherches permettent de progresser dans la compréhension des mécanismes de la douleur, il y a toujours des interrogations sur la transition entre les recherches fondamentales *in vitro*, les recherches chez l'animal et les retombées pour les patients.

## Vers une approche globale de la douleur chronique (hypnose, kinésithérapie)

Dr Pascale Picard  
Responsable du Centre d'évaluation  
et de traitement de la douleur

.....

Au Centre de la douleur, nous travaillons plus particulièrement avec les douloureux chroniques, des patients qui présentent un syndrome douloureux qui date de plus de six mois. Dans ce contexte, je ne parlerai pas des douleurs aiguës. L'expérience montre que lorsqu'un patient souffre de douleurs depuis plus de six mois, les phénomènes douloureux ont bouleversé de nombreux pans de sa vie : sa vie corporelle, psychologique, environnementale, sociale, professionnelle, familiale...

Il serait utopique de faire croire qu'avec un médicament ou des médicaments, on règle tous les retentissements qu'ont pu entraîner ces phénomènes douloureux. Il est illusoire de croire que le Centre de traitement pour la douleur\* va trouver le médicament miracle, la thérapie radicale qui supprimera la douleur ressentie. Une douleur qui dure depuis si longtemps et qui a affecté et bouleversé tant de domaines de la vie ne pourra pas être traitée avec un seul médicament et une seule consultation. Voilà pourquoi, lorsqu'un patient entre dans la douleur chronique, la prise en charge, elle aussi, s'inscrit dans la durée. Avec le patient, on va aborder tous les pans de sa vie : comment cette douleur retentit et comment on va soigner, tous ces pans de la vie qui ont été bouleversés, altérés par la douleur chronique : le corps, mais aussi le retentissement psychologique.

Car toute douleur qui dure entraîne obligatoirement une souffrance psychologique, des retentissements dans la vie sociale, familiale ou professionnelle et tout cela retentit sur la façon de contrôler la douleur et sur la manière dont cette douleur va s'amplifier et continuer à s'inscrire dans le corps.

On s'intéresse à la dimension somatique\*, organique de la douleur. Il faut tout faire pour essayer de diminuer les influx douloureux, qui continuent à pulser au niveau du corps, avec des techniques médicamenteuses et des techniques électriques comme la neurostimulation transcutanée ou d'autres plus avancées, comme les techniques de stimulation médullaire ou corticale.

Chaque fois qu'un patient pourra en bénéficier parce que sa douleur, le contexte dans lequel elle est arrivée et la façon dont elle retentit sur lui le permettent, on ne se privera pas de le traiter avec les médicaments ou les techniques de pointe. Mais toutes les douleurs ne répondent pas à ces techniques de pointe. Il est très important pour nous d'évaluer la douleur, de prendre le temps qu'il faut : la première consultation est souvent très longue pour expertiser la douleur dans sa physiologie et dans son retentissement et proposer une thérapie.

Chaque douleur est différente et, pour chaque douleur, les médicaments sont différents. Certaines associations médicamenteuses seront plus ou moins utiles, des techniques de pointe infiltrative ou de stimulation plus utiles. Après cette étape, pour chacun des patient, on va essayer de diminuer les influx douloureux qui pulsent au niveau du système nerveux. La souffrance profonde attachée à une douleur qui dure renforce les phénomènes douloureux ou altère les contrôles de la douleur. On a prouvé sur le plan neurophysiologique que le psychisme entraîne plus de douleur.

On sait maintenant que certaines aires corticales\*, qui sont impliquées dans les émotions et l'affectivité, viennent moduler les informations douloureuses vers le plus ou vers le moins. Ce qui ne signifie pas que tous les patients vont avoir besoin d'un soutien psychologique.

Mais après une longue errance médicale, des patients expriment tôt ou tard cette souffrance psychologique. Notre expérience montre qu'à chaque fois qu'on a pu s'occuper de celle-ci, les phénomènes douloureux prenaient une autre intensité ou un autre sens ou, en tous cas, même s'ils n'étaient pas diminués, étaient mieux contrôlés par le patient.

On insiste aussi beaucoup, dans les centres de la douleur, sur les prises en charge corporelles. Notre expérience montre que les patients qui souffrent de douleurs chroniques depuis un certain temps ont une identité corporelle extrêmement perturbée. Ils réagissent et se recroquevillent. Ils ont envie de sortir de leur corps parce que le corps devient synonyme uniquement d'affects négatifs, de ressentis douloureux. Le patient ne peut plus penser que ce corps peut être le lieu d'expériences un peu plus positives, plus agréables ou plus plaisantes. Dans cette prise en charge

corporelle, on propose des séances de relaxation, de massage sensitif ou des prises en charge de kinésithérapie douce, comme la « fasciathérapie\* »... Il y a de nombreuses autres possibilités pour redonner au corps d'autres informations que la seule information douloureuse, pour montrer au corps que

quelque chose d'autre que la douleur peut être ressenti. On stimule ainsi les contrôles naturels de la douleur. Toutes les activités de toucher, de mouvements dans la douceur, dans la souplesse vont pouvoir être redonnées au corps progressivement, par le biais d'un thérapeute et ainsi diminuer le phénomène douloureux.

## Témoignages

---

**Mme Ovity** - J'ai été opérée à la fin de l'année dernière, on a dégagé le nerf qui était compressé à trois endroits et, depuis le mois de janvier, je suis prise en charge par le Docteur Picard qui m'a prescrit de la fasciathérapie, c'est-à-dire une de ces méthodes douces de kinésithérapie. On me propose aussi des séances d'hypnose. Je souffre de douleurs dues à un mauvais fonctionnement et à une surexcitation de ce nerf, mais également, étant donné que cela fait six ans, il semblerait que ces douleurs soient inscrites quelque part, puisque par exemple un stress me provoquait des crises alors qu'il n'y avait pas de mouvement, le nerf n'était pas sollicité. Cela fait maintenant plus de six mois que je pratique l'hypnose et c'est vrai que je gère beaucoup mieux la douleur. J'en ai beaucoup moins peur et les situations difficiles ne provoquent plus de crises. J'ai eu quand même de très bons résultats. Mais il est vrai qu'il ne faut pas partir sur le principe qu'on ne va plus souffrir.

**M. Cherouka** - Je suis dans le même cas que Madame. J'ai les mêmes problèmes, je supporte assez bien la douleur, Madame Picard me suit depuis trois ans. Par infiltration, avec des médicaments, j'arrive à survivre, même si c'est difficile. Pour le moment, c'est assez tolérable.

**Mme Ovity** - Je voudrais ajouter que même si la morphine a des effets secondaires, il ne faut pas en avoir peur car elle permet de vivre normalement.

**Mme Ovity** - Si je témoigne, ce n'est pas pour moi, c'est parce que je sais qu'il y a beaucoup de gens qui sont dans ce cas, qui cherchent des personnes capables de les aider et de poser un diagnostic.

J'ai eu un accident en août 1997 et j'ai un nerf qui a été touché : le nerf pudendal\*. Cette pathologie assez rare n'était pas connue par les praticiens que j'avais consultés à l'époque. J'avais réclamé un électromyogramme qui est le seul examen qui permette de savoir si un nerf est endommagé. Il m'a toujours été refusé. Pendant deux ans, j'ai eu des douleurs absolument intolérables, je ne pouvais pratiquement plus marcher, je restais difficilement assise, je ne pouvais pas rester debout et je n'avais que du Di-antalvic®. Il faut savoir que lorsque l'on a des douleurs aussi violentes, on perd complètement le contact avec la réalité. On est comme un animal, la douleur envahit tout, on n'entend pas les gens qui nous parlent, on ne peut pas oublier son corps, on est désespéré.

## Les réponses à vos questions

---

### **« La France est-elle en retard au niveau européen pour le traitement de la douleur et si oui, pourquoi ? »**

La France n'est pas en retard. Il y a sept ou huit ans, on avait pensé que la France était en retard parce qu'on prenait comme indicateur la consommation de morphine. La France a rattrapé son retard sur cet indicateur et sur d'autres. Par comparaison avec nos voisins européens, la France est plutôt en avance sur le plan de la qualité de la prise en charge. Il y a des pays européens où l'on prescrit beaucoup plus, mais où les consultations se font en cinq minutes. Dans les centres de la douleur en France, les équipes passent beaucoup de temps. La France tient un rôle honorable en Europe et nos voisins européens nous envient l'implication de nos pouvoirs publics et les programmes d'action de santé publique sur la douleur. Ils essaient de motiver leurs ministères pour avoir des actions similaires.

### **« Pourquoi ne s'en est-on pas préoccupé plus tôt ? »**

Le changement culturel se fait progressivement. La prise en charge de la douleur progresse par les recherches pharmacologiques et par les recherches fondamentales qui font comprendre les mécanismes de la douleur et travaillent sur le fonctionnement du système nerveux central du cerveau. On a commencé à comprendre la douleur contre laquelle nous essayons d'utiliser tout notre arsenal thérapeutique. Mais les changements culturels sont plus longs à mettre en place que certaines découvertes techniques.

### **« Une formation à la psychologie est-elle prévue dans la formation du personnel soignant à tous niveaux ? »**

Dr Paul Pionchon - Oui, indubitablement, c'est une formation qui sert pour la prise en charge de la souffrance de l'autre, bien entendu. En ce qui concerne la formation à la psychologie, cela dépend des filières. Il y a des enseignements de psychologie médicale obligatoires dans les facultés de médecine. Dans les facultés d'odontologie, ce n'est pas encore très développé. Moi, je fais de l'enseignement de psychologie médicale depuis de nombreuses

années. Dans les formations spécialisées sur la douleur, en formation initiale ou en formation post-universitaire, les aspects psychologiques représentent au moins un quart ou un tiers de la formation, car les praticiens et enseignants de la douleur savent parfaitement qu'il faut prendre en charge cet aspect-là, qui est aussi important que les aspects médicaux.

### **« Utilise-t-on aujourd'hui la morphine avec moins de réticence qu'il y a quelques années ? Y a-t-il des effets secondaires, y a-t-il des limites différentes selon les hôpitaux ? »**

En effet, on a dédramatisé la prescription de morphine. A Clermont-Ferrand, la douleur post-opératoire, donc la douleur aiguë, a été l'objet de multiples dotations de pompes PCA\*, c'est-à-dire contrôlées par les patients. C'est une technique qui a révolutionné la douleur post-opératoire : permettre au patient de s'administrer lui-même des doses de morphine en post-opératoire, selon son niveau de douleur, avec, bien sûr, des sécurités sur ces pompes. Mieux administrer la morphine en sous-cutané qu'en intramusculaire ou la donner par voie orale, c'est plus efficace. Il y a moins de risques de surdosage ou de laps de temps pendant lequel le patient n'est pas soulagé. Tous les services à Clermont-Ferrand pratiquant la chirurgie ont aujourd'hui plusieurs pompes PCA. Il y a bien sûr des jours où de nombreux patients sont opérés et il peut manquer des pompes. Mais le parc de pompes PCA est renouvelé et augmenté chaque année, même s'il en manque encore. Concernant les douleurs chroniques, il y a aussi une démythification de la morphine. On débat aujourd'hui pour savoir s'il faut prescrire de la morphine chez les patients qui n'ont pas de douleur cancéreuse. Dans la douleur cancéreuse chronique, les habitudes et les pratiques sont bien installées, il n'y a plus de discussions sur la prescription morphinique pour certaines douleurs cancéreuses. Le débat pour savoir dans quelle pathologie on va prescrire de la morphine, sur quelles bases, pour combien de temps, avec quel contrat avec le patient... est aujourd'hui un débat de société. C'est une voie de discussion qui intéresse autant les acteurs de société que les acteurs médicaux,

voire les acteurs de l'éthique médicale et les patients.

**« Est-il vrai que les patchs morphiniques ont les mêmes effets indésirables que la morphine à libération prolongée ou à effet immédiat ? »**

Il y a fatalement, derrière ce type de questions et de réponses, des spécialités pharmaceutiques dont il est délicat de parler publiquement. Mais on peut faire une analyse objective des choses. Les patchs que vous évoquez ne sont pas des patchs à base de morphine. Ce sont des patchs à base de produits proches de la morphine. Les analyses de pharmacovigilance qui ont été réalisées, comparant les patchs à la morphine par voie orale, montrent que qualitativement, ce sont les mêmes effets indésirables. Ce n'est pas surprenant puisque ce sont les mêmes produits. Leurs effets indésirables sont liés à leur mécanisme d'action et à leur action sur certaines cibles. Quantitativement, pour certains effets indésirables, peut-être que les patchs pourraient avoir une meilleure tolérance sur certains organes.

**« Une carence en vitamine B12 peut-elle causer des douleurs ? Le traitement de compensation par la vitamine comporte-t-il des risques ? »**

La vitamine B12 a longtemps été considérée comme un traitement de certaines douleurs. Mais actuellement, la vitamine B12 n'a plus d'intérêt thérapeutique. J'ignore si le déficit en vitamine B12 a un impact sur la douleur, mais la surcharge en vitamine B12 ne semble pas avoir d'intérêt thérapeutique.

**« Une carence en vitamine B12 pourrait-elle être un facteur aggravant les douleurs ? Je pense aux douleurs consécutives aux séquelles d'un zona. »**

Jusqu'à preuve du contraire, peut-être que certaines carences très profondes en vitamine B12 peuvent entraîner des pathologies en rapport avec des lésions de nerfs, mais c'est rare. Il faut que la carence soit profonde et associée à une autre carence. Les douleurs post-zostériennes\*, les douleurs après le zona, sont effectivement intenses, difficiles à maîtriser par les seuls médicaments et on a essayé de trouver les facteurs aggravants pour tenter de comprendre et de remédier à ces douleurs.

**« Pourquoi, lors d'opérations plus bénignes (amygdalectomie), la douleur post-opératoire n'est-elle pas forcément prise en charge ? »**

Pascale Picard - De gros progrès sont faits en France au sujet des douleurs post-opératoires. Tous les anesthésistes sont maintenant au fait des techniques préventives ou curatives. On administre des antalgiques en préopératoire. L'amygdalectomie est une intervention extrêmement douloureuse, même si la douleur est de courte durée. Il y a aujourd'hui des protocoles pour prendre en charge ce type de douleur, le problème ne devrait donc plus se rencontrer.

Paul Pionchon - J'apporterais une nuance : la prise en charge de ces douleurs aiguës post-opératoires est un des axes prioritaires du programme de santé publique actuel, et cela passe aussi par la formation des soignants. Cette formation est bien faite dans la plupart des équipes, mais nous, il y a quelques années, nous n'avions pas eu d'enseignement sur la douleur. Maintenant, les médecins, les dentistes, les infirmiers reçoivent des formations sur ce sujet.

**« Ma fille a été opérée d'une amygdalectomie il y a deux ans « à chaud ». On lui avait parlé d'une pompe à morphine, elle n'a eu que des dérivés morphiniques intramusculaires, ce qui fait qu'elle a doublement souffert le premier jour, du fait de la douleur post-opératoire et aussi des piqûres intramusculaires. Il y a donc de gros progrès à faire. »**

Le mouvement est en marche : le prochain congrès de la Société d'étude et de traitement de la douleur aura lieu dans cinq mois sur le thème des douleurs provoquées par les soins. Les choses se construisent progressivement. De plus en plus de soignants, dans les cabinets libéraux, à l'hôpital ou dans les cliniques sont préoccupés par cet aspect des choses.

Les différentes techniques du traitement des douleurs

**« Pourriez-vous nous donner quelques détails sur les différentes techniques dont vous avez parlé ? »**

Ce sont les techniques de neurostimulation qui concernent peu de patients. Deux chercheurs, dans les années 1960, se sont aperçus qu'il existait des contrôles naturels de la douleur. La

technique la plus simple est la neurostimulation transcutanée. Elle consiste à stimuler au niveau de la peau des trajets nerveux qui correspondent au territoire de la douleur et permettent selon un certain niveau de fréquence et d'intensité d'en contrôler certaines. Pour des douleurs plus centrales, plus profondes comme les douleurs liées à des atteintes de la moelle ou du cerveau, c'est insuffisant. Il faut stimuler les contrôles de la douleur plus profondément, au niveau des cordons médullaires de la moelle. Quant aux stimulations cérébrales, elles sont encore plus confidentielles, ne sont accessibles que dans les Centres hospitaliers universitaires et sont mises en place par les neurochirurgiens en collaboration avec les centres de la douleur.

**« Pensez-vous que l'utilisation de médicaments placebos participe au soulagement d'une douleur ? Si oui, à quel niveau ? »**

Dans la prise en charge de la douleur comme dans d'autres troubles qui sont des troubles fonctionnels, la dimension de nature psychologique est importante mais aussi l'aptitude de notre système nerveux central à réagir.

En matière de douleur, nier le placebo, c'est nier l'aptitude du cerveau à interférer avec les messages nociceptifs\*. Le problème est de savoir comment nous pouvons déclencher l'interférence de ce cerveau avec ce message nociceptif\*. Dans la qualité de la relation médecin-malade, la thérapeutique placebo prend sa place. Dans une thérapeutique, si on ne fait pas les analyses appropriées, il est toujours difficile de distinguer quelle est la place du médicament actif et quelle est la place du placebo. C'est la raison pour laquelle, en matière d'évaluation des médicaments antalgiques chez l'homme, tous les essais sont toujours faits vis-à-vis de placebos parce que, dès l'instant où une prescription est établie dans une relation, un effet placebo peut apparaître, basé sur l'importance du fonctionnement de notre cerveau et de son impact sur les influx.

**« Quelle est la force du fonctionnement du cerveau au niveau de la victoire sur certaines maladies ? »**

On fait appel à cette force tous les jours. La prise en charge de la douleur ne fonctionne pas comme une thérapie centrée sur le thérapeute, mais centrée sur le patient et on compte beaucoup sur la force des patients, sur leurs ressources pour contrôler la douleur, pour arriver à atténuer ces phénomènes douloureux.

On ne se base pas sur une sorte de « psychisme nébuleux », mais on se fonde sur le fait que sur le plan physiologique, il existe en chacun de nous des possibilités de contrôle de la douleur. Tous les jours, sans le savoir, on contrôle toutes les informations sensorielles que l'on reçoit, au niveau de la vue, des bruits, des odeurs. Toute la journée, notre corps fonctionne pour filtrer et moduler les informations qu'il reçoit. Cela existe aussi pour les informations plus sensibles, plus douloureuses. On peut se demander pourquoi, chez le patient douloureux chronique, une douleur dure quand la lésion a disparu, quand le traumatisme initial n'est plus là, quand le coup de marteau ne continue plus de taper, quand la brûlure est guérie. Soit l'information douloureuse continue de passer, à partir de lésions qui sont plus profondes, qui ne sont pas visibles à l'œil nu ; soit cela vient du fait que les contrôles naturels de la douleur dysfonctionnent. Les médicaments peuvent aider à arrêter le phénomène douloureux et peuvent aussi aider ces contrôles naturels de la douleur. Ces contrôles sont aussi sous la dépendance de facteurs émotionnels, en particulier affectifs, cognitifs...

**« J'ai eu un grave accident il y a douze ans. Je suis aujourd'hui paraplégique et on n'a pas trouvé de médicament qui puisse calmer les brûlures que l'on peut avoir suite à ce genre d'accident. »**

Vous faites sans doute allusion à des douleurs chroniques. Les médicaments utilisables dans ces douleurs chroniques ne sont pas des médicaments classés parmi les antalgiques tels que je les ai définis, ce sont des médicaments qui sont utilisés pour d'autres indications. Il y a deux grandes familles de médicaments : les antidépresseurs mis à disposition du corps médical pour traiter les états dépressifs, et les anti-épileptiques dont vous comprenez bien quelle est l'indication. Pour autant, on a démontré, grâce à la recherche clinique, que ces médicaments étaient capables d'améliorer les douleurs secondaires à des atteintes nerveuses, ce que l'on appelle les douleurs neuropathiques qui sont chroniques ; et ces médicaments antidépresseurs ou anti-épileptiques ont démontré une efficacité indépendante de leurs autres effets, et particulièrement pour les antidépresseurs : ces médicaments sont efficaces dans les douleurs neuropathiques car ils sont capables de modifier la transmission du message douloureux et ils sont efficaces sans avoir l'influence psychologique. Ces médicaments sont prescrits

parce qu'ils sont capables de moduler, dans les conditions de ces atteintes nerveuses douloureuses, le message douloureux. Donc ce sont des médicaments qui sont potentiellement utilisables.

**« Expliquer les sentiments et les émotions qui leur sont intimement liées par la biologie contribuerait au traitement des causes de souffrance humaine, comme la dépression, la douleur, la toxicomanie, etc. ? »**

La réponse est sans doute oui. Mais cela dépend de l'école psychiatrique à laquelle on se réfère. Pour la psychiatrie biologique, la réponse est oui. Selon des psychiatres plus analytiques, le oui est plus discutable. En tout état de cause, le sentiment partagé par la plupart est que les émotions ont un fondement biologique impliquant des médiateurs, des molécules chimiques et qu'il en est de même pour le psychisme.

**« Le cannabis est-il utilisé en France, comment et avec quelle efficacité ? »**

Il y a eu une séance sur le cannabis au congrès européen sur la douleur. Sur le plan fondamental, c'est-à-dire dans la connaissance intrinsèque des mécanismes de la douleur et des médiateurs du système nerveux qui peuvent moduler la douleur, il y a en effet des produits qui ressemblent au cannabis. Mais on en est au stade de la recherche fondamentale. Pour ce qui est de la recherche clinique pour démontrer si oui ou non il y a une efficacité thérapeutique à prendre du cannabis comme antalgique, les données sont aujourd'hui négatives. Les études sont difficiles à faire car il n'y a pas de gélule de cannabis. Il est donc toujours difficile de standardiser les prises de cannabis : on ne dispose pas des formes pharmaceutiques le permettant. Jusqu'à présent, les études ont souvent été parcellaires. Quelques-unes, un peu plus importantes, sont négatives. Il y a une étude qui devait, depuis des années, débuter en Angleterre, car les médecins anglais étaient des prescripteurs relativement importants de cannabis à une époque (ils le sont beaucoup moins maintenant). Ces médecins anglais se sont donc attachés à essayer de faire une démonstration objective de l'efficacité ou non du cannabis. Enfin, dans des pathologies douloureuses de prise en charge très difficile, il y a une étude au Canada dont on attend les résultats. Mais aujourd'hui, dans l'état actuel des choses, même sur des douleurs difficiles à

prendre en charge, les résultats sont plutôt négatifs.

**« Lorsque l'on a trouvé un traitement efficace, au fil du temps, celui-ci n'est-il pas destiné à devenir de moins en moins efficace ? »**

Vous évoquez le problème de l'accoutumance, problème largement évoqué pour les morphiniques et la morphine. La morphine et les produits morphiniques sont capables d'induire de l'accoutumance, donc un certain degré de dépendance psychique, physique. La dépendance psychique est cet état de besoin qu'ont les héroïnomanes, par exemple, vis-à-vis de l'héroïne. Si les personnes arrêtent brutalement la prise de drogue, elles ressentent un certain nombre de symptômes que l'on appelle un syndrome de sevrage. Cela existe donc potentiellement, mais c'est dans le contexte de la toxicomanie, d'une utilisation déviée de ces produits-là, dont Claude Olivenstein disait qu'il fallait qu'il y ait à la fois un produit, un environnement social et une personnalité. Dans le contexte de la prise en charge de la douleur, de nombreuses études, pour ce qui concerne la morphine et les morphiniques, ont montré sur un nombre de patients important (jusqu'à 12 000 patients pour certaines études) qu'il n'y avait pas de risque de dépendance aux morphiniques.

**« Peut-on s'adresser directement au centre de la douleur, et les consultations de praticiens alternatifs sont-elles remboursées ? »**

Non, on ne peut pas s'adresser directement au centre de la douleur. Heureusement, sinon, on serait complètement débordés par les appels. Pour pouvoir obtenir une consultation au centre de la douleur, il faut que votre médecin généraliste soit d'accord, fasse une lettre détaillée sur la raison pour laquelle il vous envoie au centre et vous pouvez ensuite prendre rendez-vous. Il est très important que l'on garde le lien avec les médecins généralistes, ce sont des médecins qui vous connaissent très bien et qui nous éclairent beaucoup. Si leur accord n'est pas donné, on ne peut plus fonctionner, ensuite, dans une relation thérapeutique, ni avec vous, ni avec eux. Et on a besoin d'eux ensuite pour suivre les prescriptions qu'on a proposées.

**« En tant qu'épouse, mère de famille ou même amie, que peut-on faire pour aider quelqu'un qui souffre de douleurs chroniques ? »**

Ce que vous pouvez faire, c'est tenir : tenir dans l'écoute, tenir dans la patience. C'est le plus gros travail qui vous est demandé si vous êtes très proche. Tenir et avoir confiance dans le fait

que la médecine peut aider, mais aussi savoir que le patient peut apprendre des techniques pour mieux affronter et contrôler les phénomènes douloureux. Votre confiance et votre patience sont renvoyées sur le patient et il en fait une force sur laquelle il peut s'appuyer et dont il peut se servir.

## Pour en savoir plus :

---

> **La douleur** (dossier complet)

[http://www.frm.org/informez/info\\_ressources\\_dossiers\\_article\\_sommaire.php?id=12](http://www.frm.org/informez/info_ressources_dossiers_article_sommaire.php?id=12)

> **La migraine** (dossier complet)

[http://www.frm.org/informez/info\\_ressources\\_dossiers\\_article\\_sommaire.php?id=31](http://www.frm.org/informez/info_ressources_dossiers_article_sommaire.php?id=31)

> **Les soins palliatifs**

Entretien avec Lucien Neuwirth-

[http://www.frm.org/informez/info\\_ressources\\_fiches\\_fiche.php?id=128](http://www.frm.org/informez/info_ressources_fiches_fiche.php?id=128)

## Glossaire :

---

> **AINS** : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

> **Cortical** : en l'occurrence, relatif au cortex cérébral.

> **Fasciathérapie** : technique de massage ayant pour objectif de limiter les douleurs et le stress.

> **Galénique (forme -)** : se dit de la forme, de la présentation d'un médicament : gélule ; sirop, suppositoire...

> **Nociceptif** : appartenant à la douleur.

> **PCA (pompes -)** : *Patient controlled analgesia*. Pompes permettant au patient de contrôler lui-même (dans une certaine mesure) l'injection de produits analgésiques (par ex. morphine).

> **Post-zostérienne** : littéralement, après une crise de zona.

> **Pudendal (nerf -)** : nerf sensoriel des zones génitales, urinaires et rectales.

> **Somatique** : qui est d'origine organique et qui est relatif au corps. S'oppose au psychique.