

Introduction

Pierre Godeau

Président du comité scientifique de l'Institut Servier; membre de l'Académie nationale de médecine, professeur émérite à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris

Le colloque 2004 de l'Institut Servier est consacré à un thème qui n'est pas seulement d'actualité mais touche un aspect fondamental de la pratique médicale : la douleur.

L'Institut Servier a pour président et fondateur le docteur Jacques Servier, à qui je dois l'honneur d'en présider le comité scientifique. Cet institut n'a pas pour vocation de promouvoir les médicaments du groupe, mais de pérenniser les valeurs auxquelles nous sommes attachés : contribuer au mieux-être des patients et, si possible, à la guérison des malades en développant la recherche sous toutes ses formes, en favorisant les échanges scientifiques entre le corps médical, l'industrie de la santé, les universités et les grands organismes de recherche.

L'Institut Servier réalise ses objectifs grâce au soutien du Groupe Servier.

Quelques chiffres pour permettre de présenter l'activité du groupe Servier, premier laboratoire pharmaceutique indépendant français :

- 16 000 collaborateurs ;
- 2500 chercheurs ;
- 25 % du chiffre d'affaires consacré à la recherche ;
- 33 molécules en recherche et développement ;
- une présence sur les cinq continents dans 140 pays ;
- 80 % des médicaments consommés à l'international ;
- 2,2 milliards d'euros de chiffre d'affaires.

L'attribution de subventions et de bourses, l'engagement de partenariat et de parrainage, font l'objet d'un financement qui contribue au développement des connaissances et à la formation des médecins. L'organisation de colloques scientifiques édités et publiés est un des moyens d'action permettant la diffusion des connaissances à un large public, débordant le cadre strict du corps médical quand il s'agit de sujets d'intérêt général. C'est bien évidemment le cas du présent colloque.

La prise en considération de la douleur n'est pas récente, puisque l'un des objectifs de la médecine hippocratique, qui continue – et c'est heureux – d'imprégner nos consciences, en dépit du caractère de plus en plus technique de la médecine moderne, est de soulager les malades, à défaut de pouvoir les guérir.

Cependant, il faut bien reconnaître que cette tradition est parfois restée plus théorique que pratique et que la lutte contre la douleur est trop souvent négligée, en dépit des nombreuses tables rondes, colloques et congrès consacrés à ce sujet depuis de nombreuses années. Il y a une trentaine d'années déjà, on m'avait demandé de présider une table ronde sur « L'actualité de la douleur et son traitement » dans le cadre des entretiens de Bichat.

La mise en place d'un plan gouvernemental 2002–2005 de lutte contre la douleur est à la fois l'illustration concrète du besoin d'information et de formation des médecins et des étudiants en médecine, et le constat indirect de l'échec relatif des tentatives antérieures. C'est une des raisons qui ont conduit l'institut Servier à organiser ce colloque. Nul n'était plus qualifié que le docteur Patrice Queneau pour accepter cette tâche. J'en veux pour première preuve son action au sein de l'Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique pour sensibiliser les enseignants en thérapeutique à la primauté de la lutte contre la douleur. Je dois souligner aussi le succès mérité de l'ouvrage qu'il a écrit avec Gérard Ostermann, *Le Médecin, le malade et la douleur*. Tout ceci témoigne du rôle éminent que joue Patrice Queneau dans ce domaine, qui a fait d'ailleurs l'objet d'une reconnaissance officielle de l'Académie nationale de médecine lors de sa séance annuelle consacrée au livre en septembre 2004.

Depuis la nuit des temps, le genre humain a été confronté à la douleur. L'impossibilité de s'y soustraire, en l'absence de procédés antalgiques efficaces, a certainement contribué à une acceptation positive de la douleur, tant individuellement que collectivement, dans un contexte religieux, philosophique, littéraire. La douleur a été volontiers magnifiée, du stoïcisme « Douleur tu n'es pas un mal », au christianisme « Tu enfanteras dans la douleur ». Sa vertu éducative a été soulignée « L'homme est un apprenti, la douleur est son maître ». La douleur a été une inspiratrice de l'école romantique « Rien ne nous rend si grand qu'une grande douleur ». Cette idéalisation naïve était en réalité en porte-à-faux avec la réalité de l'expérience vécue, comme ironisait Shakespeare : « Jamais ne vécut philosophe qui puisse en patience endurer le mal de dent ». Rares sont ceux qui ont pu résister à la torture et n'ont pas trahi leurs convictions et leur engagement !

La Douleur est-elle définitivement à considérer, en un temps où l'on dispose de traitements efficaces, comme un mal à combattre à tout prix après l'avoir jadis encensée ? L'acceptation, la résignation sont-elles des conduites archaïques, rétrogrades, scandaleuses ? La vérité n'est-elle pas plus complexe ? Loin de nous l'idée d'un retour en arrière et la défense de l'indéfendable ! Nous voulons simplement susciter la réflexion sur le rôle essentiel de la douleur en physiologie et en pathologie. De multiples exemples issus de l'expérience médicale démontrent aisément que la douleur n'est pas inutile et que la suppression systématique de la sensibilité douloureuse exposerait à de graves désillusions.

Sans faire appel à des maladies démonstratives mais exceptionnelles comme l'insensibilité congénitale à la douleur, rares comme l'acropathie ulcéro-mutilante, ou exotiques comme la lèpre, quelques cas concrets de la médecine de tous les jours méritent attention. Nos maîtres en chirurgie enseignaient volontiers « devant un abdomen, jamais de morphine ! ». N'était-ce pas un énoncé prémonitoire du fameux principe de précaution, soulignant le risque d'erreur diagnostique par camouflage des signes évocateurs d'une perforation digestive ? La difficulté de prise en charge des perforations digestives au cours des connectivites et vasculites de patients traités par corticoïdes est bien connue, et nous avons eu personnellement l'occasion d'insister sur les problèmes parfois insolubles posés par ces traitements indispensables. Dans un cours imagé sur « Le pied diabétique », André Grimaldi a coutume de projeter une diapositive qui représente une ulcération plantaire terrifiante. La cause en était une insensibilisation complète due à la neuropathie diabétique. Le patient concerné n'avait pas perçu la présence dans sa chaussure d'une pièce du jeu de « Lego » de ses petits-enfants et avait marché ainsi pendant plusieurs jours, sans l'avertissement qu'aurait apporté la conservation de la sensibilité douloureuse. Les risques de l'ischémie silencieuse sont bien connus des cardiologues. En l'absence du signal symptôme de l'angor d'effort, notamment chez le diabétique, le retard du diagnostic peut être hautement préjudiciable et tous les efforts portent sur l'amélioration du dépistage systématique de ces coronariens qui s'ignorent.

À ce propos, j'ai gardé en mémoire une anecdote ancienne et largement oubliée qui me semble éclairante. En 1958, j'avais participé avec mes maîtres Jean Facquet et Jean-Jacques Welti à l'étude de l'iproniazide dans l'angor d'effort. Ce dérivé de l'isoniazide était alors à l'étude dans le traitement de la tuberculose et avait attiré l'attention de Césarman à Mexico : il avait constaté qu'un patient en cours de traitement avait vu disparaître un angor rebelle. Le produit eut une grande vogue et les spécialités pharmaceutiques se multiplièrent : Marsilid[®], Marplan[®], Niamide[®]. Ces IMAO (inhibiteurs de la monoamine oxydase) semblaient très efficaces et faisaient disparaître la douleur angineuse, mais le mécanisme demeurait obscur. Il fallut près d'une décennie pour comprendre que ces produits élevaient le seuil de la douleur sans corriger le mécanisme ischémique ! Ils étaient donc nocifs et aggravaient en réalité le pronostic des coronaropathies.

Dans le même ordre d'idées, on ne peut s'empêcher d'évoquer ici brièvement le problème du dopage et du risque de dépasser ses limites par suppression du signal d'alarme de la douleur.

Je ne voudrais pas allonger démesurément ce catalogue, ce qui risquerait d'occulter le problème essentiel qui nous réunit aujourd'hui : organiser au mieux et pour le plus grand bien de nos patients la lutte contre la douleur. Le défi est à relever ; les moyens sont nombreux, leur choix dépend des connaissances médicales et de l'évaluation aussi objective que possible des besoins, en évitant la projection de nos

concepts personnels, qui peuvent être très éloignés de la plainte considérée comme subjective exprimée par le souffrant.

J'aperçois ici un aspect inattendu du rôle formateur de la douleur ! Le médecin qui a connu personnellement l'expérience de la douleur est certainement plus à même de communiquer avec son patient. C'est là un cas particulier mais très emblématique de la relation médecin-malade : essayer de se mettre à la place du plaignant est toujours le point de départ de la réflexion qui doit animer le médecin praticien, et la douleur est le symptôme qui reste le plus accessible au dialogue.