

Ensemble face à la douleur : prévention, traitement et prise en charge
United against pain: prevention, treatment and management of pain
© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés

L'important, c'est le malade

Patrice Queneau

*Membre de l'Académie nationale de médecine,
doyen honoraire de la faculté de médecine de Saint-Étienne*

J'ai passé une grande partie de ma vie professionnelle auprès des malades. *L'important, c'est le malade*. Et la médecine doit s'acharner à ce qu'il ne soit jamais victime d'une perte de chance. Nous savons ce qu'il en est des drames de la maladie et de la souffrance, d'où notre double combat : faire bénéficier les malades des progrès scientifiques et techniques pour autant qu'ils soient maîtrisés aux fins d'un bénéfice thérapeutique authentique ; d'autre part, combat en faveur d'une formation initiale et continue en thérapeutique exigeante et concrète. La thérapeutique n'est-elle pas la finalité de la médecine ? La douleur n'échappe pas à ces enjeux. Aussi, la formation d'excellence des médecins et des autres professionnels de santé s'impose en toute *priorité institutionnelle*, et ceci en formation initiale comme en formation continue.

Des avancées ont eu lieu, notamment par le biais du module 6, rendu obligatoire pour tous les étudiants lors du 2^e cycle des études médicales. Cela peut paraître une évidence mais il faut rappeler que la thérapeutique était devenue après 1968, une discipline facultative au sein du cursus médical. L'on croit rêver à l'évocation de cette conquête culturelle inattendue de mai 1968 !

Bien sûr, il est heureux et indispensable qu'existe aujourd'hui un tel module 6 identifié « *douleurs aiguës, douleurs chroniques et soins palliatifs* ». Mais il serait *inexact* de dire qu'il n'existait rien auparavant en matière de formation à la prise en charge des malades douloureux. Toutefois, il est *exact* de dire qu'avant sa création, aucun module douleur n'était identifié comme tel, ce qui exposait à une « balkanisation » des messages, transmis de façon très variables d'une faculté à l'autre.

En outre, il n'existait alors pas d'évaluation spécifique concernant la douleur, lacune aujourd'hui comblée avec *l'examen du module 6*. Mais il est impératif, de même, que des « *dossiers de malades* » consacrés à la douleur (pour tout ou partie) soient inclus dans *la banque de l'examen classant national (ECN)* (qui remplace le concours d'internat pour l'entrée en 3^e cycle), afin de motiver les étudiants à se former à ces stratégies antalgiques personnalisées. Car, n'en doutons pas, le fait que les questions puissent « sortir » aux examens et concours reste une motivation pédagogique incomparable pour les étudiants. C'est humain !

Patrice Queneau

Pour revenir à la situation actuelle, les *états généraux de la douleur*, qui figurent dans le deuxième plan ministériel douleur (2002–2005) ont permis des enquêtes dont les résultats sont aujourd'hui connus. Que soulignent-ils ? Ils montrent de façon éclatante que la prise en charge des personnes douloureuses est « soignant-dépendante » ; ce qui fait qu'il est difficile d'obtenir une vision monoforme d'un hôpital tant les modes de prise en charge des malades douloureux peuvent différer, non seulement au sein d'un même hôpital, mais également au sein d'un même service suivant que telle unité fonctionnelle comprend ou non la présence de médecins et/ou d'infirmières sensibilisés à cette prise en charge des malades douloureux. En effet, la première des nécessités est de savoir *reconnaître* la douleur, ce qui suppose *d'écouter* le malade, de le *comprendre*, et parfois même de savoir *décoder* les messages de douleurs mal exprimées, voire « masquées ». Ce peut être un enfant qui a peur de paraître pusillanime ou qui a peur de devoir aller à l'hôpital ou qui ne veut pas faire de peine à ses parents. Ça peut être aussi une personne âgée, un malade confus, un étranger parlant difficilement la langue du pays.

Nous avons pris le risque autrefois d'écrire, dans un livre cosigné avec Gérard Ostermann [1], que « toute douleur est à la fois 100 % physique et 100 % psychique ». Au vu de ce que nous a présenté ce matin Bernard Laurent sur la signature de la douleur par l'IRMf, la symbolique de cette assertion se trouve parfaitement justifiée. Mais, l'essentiel est que la douleur soit bien entendue et rattachée à sa cause, ce qui est loin d'être toujours le cas, par exemple en matière de douleurs neurologiques, trop souvent encore méconnues. De même, dans un service d'urgence, chaque douleur doit être l'objet d'une attention extrême : sur sa topographie, sa localisation maximale (montrer le maximum douloureux *avec un seul doigt*), ses irradiations, ses modalités d'apparition et de sédation, etc.

Nous avons parlé ce matin de la consommation – normale, excessive ou insuffisante – de traitements antalgiques, mais la question du *temps* n'a guère été évoquée. Or, dans une médecine rapide, le malade sollicite un soulagement immédiat et le praticien dispose souvent de peu de temps. Cela conduit à recourir fréquemment à la solution médicamenteuse, qui répond bien à certains cas mais qui ne peut être considérée comme l'unique solution. Il est important de prendre le temps d'écouter le malade douloureux, afin d'identifier la voie de soulagement la plus appropriée. Le symptôme – et la douleur notamment – est le *fil rouge* qui doit guider le diagnostic et la prescription. Espérons que tous les étudiants en médecine en soient intimement convaincus.

Il me paraît également important de sensibiliser l'opinion de façon plus large. Ici il faut applaudir le travail réalisé par les médias. Je crois aussi qu'il faut savoir profiter des niches d'enseignement existantes, à travers *l'enseignement scolaire*, mais aussi par exemple en première année de médecine, durant laquelle les quelques 50 000 étudiants annuels (parmi lesquels 40 000 ne seront pas médecins)

Ouverture des travaux de l'après-midi

peuvent offrir un terrain efficace de sensibilisation à la question de la douleur et de sa prise en charge.

Pour ma part, j'ai toujours conçu mon engagement d'enseignant et de doyen de faculté comme devant conduire à une véritable compétence professionnelle, qui doit se traduire par la délivrance d'un authentique « *permis de prescrire* » [2]. Je ne suis pas sûr que l'on puisse aujourd'hui décerner un tel permis à 100 % des étudiants en fin de deuxième cycle. Or il est indispensable que tout interne, qui assume des responsabilités de diagnostic et de traitement, ait acquis pendant son deuxième cycle la réelle compétence correspondant à cette mission exigeante et dont l'impact n'échappe à personne : puisqu'il s'agit de la vie et de la mort des malades ainsi que de l'apaisement de leurs douleurs.

Une autre action consiste à impliquer davantage les associations de patients, utiles pour un meilleur dialogue entre malades et soignants, mais aussi pour relayer une information aussi large que possible de l'ensemble des citoyens afin de mettre en œuvre une pédagogie aussi large que possible.

En matière de thérapeutique et d'antalgiques, la nécessité de faire reposer l'évaluation des médicaments sur des bases scientifiques et techniques les plus exigeantes apparaît clairement. Pour le reste, doit être privilégiée de façon évidente la *personnalisation de la prise en charge* du malade [2]. Souvenons-nous que le soulagement de la douleur, impératif éthique, a pour double objectif le mieux-être du malade mais aussi le maintien de la dignité de la personne humaine, en préservant l'intégrité de ses capacités relationnelles. En ce sens, lorsque le patient demande à être soulagé de sa douleur physique et morale, pour qu'il soit davantage *lui-même* tout entier consacré à son combat face à la maladie et au jeu implacable de la vie et de la mort.

Références

- 1 Queneau P, Osterman G. Soulager la douleur. Paris : Odile Jacob ; 1998.
- 2 Queneau P, Masclet D. Le malade n'est pas un numéro ! Sauver la médecine. Paris : Odile Jacob ; 2004.