

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

Table ronde 1 : débat

Prévention et traitement de la douleur : évolution ou révolution ?

PIERRE GODEAU : vous avez évoqué le problème de l'anticipation à court terme d'un phénomène douloureux. Qu'en est-il de l'anticipation à moyen ou long terme ?

BERNARD LAURENT : je ne peux répondre à cette question car nos données expérimentales sont établies dans des cadres de temps limités. On sait en tout cas qu'il convient d'étudier le phénomène au niveau individuel : des profils différents se font jour, et idéalement il conviendrait de savoir si un individu réagit de façon positive ou négative à l'anticipation d'un phénomène douloureux, car les deux cas de figure existent. Les neurologues cherchent à savoir ce que réalise le cerveau du point de vue du sens et ce qu'il produit de façon indépendante de la conscience.

PIERRE GODEAU : ne constate-t-on pas une proximité des zones concernées par les processus d'activation cérébrale avec celles mises en jeu dans la mémoire et la dépression ?

BERNARD LAURENT : il est vrai que les zones de mémorisation sont intimement liées aux zones de l'amygdale et le sentiment émotionnel joue de toute évidence un rôle majeur dans sa rétention.

DANIEL ANNEQUIN (chef de projet du plan « douleur » 2002–2005) : je voudrais revenir sur les propos de Claude Le Pen à propos du coût des médicaments. Les derniers chiffres de la Caisse nationale d'assurance maladie montrent que les morphiniques faibles (antalgiques de niveau II), dans leur ensemble, se placent au quatrième rang des dépenses de médicaments dans notre pays. Il existe bel et bien une spécificité de notre pays de ce point de vue, posant de nombreuses questions quant à la justification de cette situation et à la prise en charge de la plainte douloureuse : l'automatisme médicamenteux doit être déjoué. Le risque est que la consommation d'antalgiques suive le modèle de celle de psychotropes, et ce risque me paraît réel.

CLAUDE LE PEN : la consommation d'antalgiques précède même peut-être celle de psychotropes et on peut indiquer à titre d'illustration que 25 millions de boîtes de Di-Antalvic® sont vendues chaque année en France ! Des facteurs culturels sont souvent mis en avant pour expliquer cette situation ; mais examinée de près, aucun élément d'explication ne semble convaincant, car tous sont aussi présents dans d'autres pays où la consommation des mêmes molécules est beaucoup plus faible. Pour le reste, l'analyse de la consommation de psychotropes dans notre pays montre simplement une moindre consommation dans les zones où la consommation d'alcool est plus forte.

PIERRE GODEAU : il ne s'agit pas seulement d'une boutade : l'effet antalgique de l'alcool est réel. On peut signaler également que la caféine constitue aussi un excellent potentialisateur des antalgiques.

JEAN-PIERRE BADER (société Vidal) : il ne se dégage pas un message très clair des exposés tenus. La France consomme-t-elle trop ou consomme-t-elle mal ?

Table ronde 1 : débat

CLAUDE LE PEN : nous consommons davantage que les autres pays. Ce n'est qu'une comparaison ; je ne dispose pas de la légitimité permettant d'affirmer que nous consommons « trop » ou « pas assez » d'antalgiques ou de psychotropes. La Grande-Bretagne a, pour sa part, lancé une campagne afin de faire la promotion des antidépresseurs, jugés insuffisamment prescrits outre-Manche, du fait d'une image moins bonne de la molécule par rapport à ce qui prévaut en France.

PATRICE QUENEAU (Académie nationale de médecine) : le « bon usage » des médicaments constitue une vaste question et illustre les limites de la quantification. Il existe sans aucun doute de très nombreux phénomènes de prolongation injustifiée de traitements antalgiques ou anti-inflammatoires. Il conviendrait certainement de développer aussi des approches non médicamenteuses de la douleur.

MARIE-GERMAINE BOUSSER (neurologue) : je voudrais revenir sur l'imagerie fonctionnelle : a-t-il été demandé aux patients, dans ces études, s'ils pensaient avoir été placés sous placebo ?

BERNARD LAURENT : l'effet placebo concerne le groupe de patients persuadés d'avoir ingéré un produit actif. Il n'a jamais été indiqué à ces sujets qu'un placebo leur était administré. Dans ce test, les patients étaient soumis au test très douloureux du *cold pressor test* et l'effet placebo n'était expérimenté qu'au troisième jour, après que de la morphine leur ait été administrée au cours des deux premiers jours.

ALAIN PRIVAT (Inserm, Montpellier) : le physiologiste et le pharmacologiste sont frappés par la multiplicité de cibles, qui a clairement été mise en évidence. La réponse à cette multiplicité ne doit-elle pas résider dans une diversité d'approches ne misant pas uniquement sur des molécules ?

BERNARD LAURENT : nous sommes convaincus de la nécessité de cette approche multiple.

ÉLÉONORE BOISCUVIER (praticienne de shiatsu) : quelle place laissez-vous aux pratiques dites « alternatives » que constituent la sophrologie, le yoga ou les massages énergétiques face à la douleur ? Existe-t-il des études sérieuses témoignant de l'efficacité de ces approches ?

BERNARD LAURENT : le contrôle de la douleur peut être obtenu par des techniques médicamenteuses et des techniques non médicamenteuses. Le message que nous avons délivré va tout à fait dans votre sens. Il y a une certaine naïveté à demander à des professionnels pratiquant l'imagerie fonctionnelle de valider des techniques millénaires et je n'aurai pas la prétention de proposer cette validation à l'aune de l'imagerie cérébrale. Des études très intéressantes ont en tout cas été réalisées, par exemple au Canada, montrant que l'on pouvait, par suggestion, modifier les réponses corporelles et émotionnelles face à des désagréments chez certains sujets. Peut-être ne consomme-t-on pas suffisamment d'antalgiques dans des situations de gestes douloureux, et trop dans des situations de douleurs chroniques ayant des origines multiples et une composante psychologique plus affirmée ?

CLAUDE BENAYOUN (hôpital de l'Hôtel-Dieu) : ne pas traiter la douleur est presque devenu un délit et la consommation abusive d'antalgiques provient d'un conditionnement de l'opinion se traduisant par la revendication d'un droit au traitement par les patients. Les différents plans « antidouleur » contribuent, à n'en pas douter, à ce conditionnement.

CLAUDE LE PEN : cela rejoint la question de la douleur qu'on ne sait pas traiter : tout se passe comme s'il existait une douleur légitime (celle qu'on sait traiter) et une douleur illégitime (celle que l'on ne sait pas traiter).

PIERRE GODEAU : vous nous avez fourni des éléments comparatifs mais on ne peut déterminer a priori si une consommation est trop élevée ou trop basse : il convient de définir les besoins. Les avis avancés sur ces sujets partent généralement d'idées préconçues.

Table ronde 1 : débat

DANIEL ANNEQUIN : il existe sans doute une valorisation sociale de la plainte douloureuse dans laquelle de nombreux acteurs se sont engouffrés et nous avons là une véritable piste de réflexion.

UN INTERVENANT : je suis journaliste chez *Senior Planet*, journal électronique disponible sur internet, et suis sensible aux « douleurs d'en bas », celles que l'on ne peut pas traiter. Le médicament constitue une réponse pour les médecins. La programmation neurolinguistique (PNL) a-t-elle également été expérimentée parmi les pratiques alternatives ? Ces pratiques sont-elles incluses dans le plan antidouleur ?

DANIEL ANNEQUIN : des études sérieuses ont été réalisées sur ces pratiques alternatives et ont montré des effets parfois supérieurs à ceux des traitements courants proposés dans les mêmes cas cliniques. Je ne connais pas d'expérience portant sur la programmation neurolinguistique.

UN INTERVENANT : certains cliniciens ont-ils une expérience en matière de champs électromagnétiques ?

UN INTERVENANT : nos médecins sont-ils bien formés pour prescrire des antalgiques ?

PATRICE QUENEAU : la réponse n'est pas univoque. Des avancées significatives ont en tout cas été enregistrées récemment, même s'il ne faut pas laisser croire que rien n'existait auparavant. Je crois beaucoup, pour ma part, à l'apport de l'enseignement clinique.

AGNÈS LANGLADE (hôpital Tenon) : il a bien été montré que la douleur physique et la souffrance pouvaient très difficilement être dissociées, même avec l'imagerie fonctionnelle. Dès lors comment évaluer la douleur ou la souffrance du patient ?

BERNARD LAURENT : je crois qu'il faut en tout cas faire la démonstration au patient de l'interpénétration réelle des deux phénomènes ; nous aurons alors réalisé un grand pas.

DAVID LE BRETON : je pense que c'est lorsque l'objectivation de la douleur devient difficile qu'il faut passer d'une médecine du corps à une médecine de l'homme, en faisant une place aux techniques alternatives et en amenant le sujet à amorcer un travail sur lui-même. Nous sommes passés de façon beaucoup trop brutale d'une situation de manque de moyens, face à la douleur, à une situation dans laquelle tout est attendu de la technique. Je crois qu'il faut aussi centrer l'approche sur le patient, en parvenant à transformer le patient douloureux en acteur de la lutte contre sa douleur.

DANIEL B. CARR : le débat posé est très intéressant mais je ne suis pas sûr que la question se pose en termes d'excès ou de déficit de prescription de tel ou tel médicament. La question doit porter sur les buts du traitement, qui est toujours d'améliorer la qualité de vie, ce qui inclut à la fois une composante physique ou fonctionnelle et une composante mentale. Formuler ce but peut simplifier le débat. Il existe en tout cas en France des institutions pionnières dans l'utilisation de questionnaires psychométriques d'évaluation de l'effet des traitements sur la qualité de vie.

PIERRE GODEAU : cette première partie de la journée a montré l'intérêt mais aussi la complexité du débat et les difficultés rencontrées en pratique, tant vis-à-vis du patient que pour le transfert des connaissances par exemple.