

Évaluation et prise en charge de la douleur dans un centre antidouleur

B. Fergane, F. Tiberghien

PLAN DU CHAPITRE

Historique	3	Différents cadres temporels : douleur aiguë ou chronique	6
Hippocrate de Cos (460–377 avant J.-C.)	3	Physiopathologie : différents types de douleur	7
Avicenne –Abû Ali-Husayn ibn-Abdullah ibn-Sina (980–1037)	4	Prise en charge	7
Définition	4	Évaluation et recommandations	7
Douleur et identité	5	Organisation de la prise en charge des douleurs chroniques en France	8
Douleur et parole : la plainte	5	Conclusion	8
Sens et douleur	6		
Classification des douleurs	6		

Aujourd'hui tel est le constat : au moins 12 millions de Français souffrent de douleurs chroniques et 70 % d'entre eux ne reçoivent pas de traitement approprié. Moins de 3 % des patients douloureux bénéficient d'une prise en charge dans un centre spécialisé. Dans le même temps, les douleurs du cancer restent encore trop peu soulagées.

Historique

Dans les temps très anciens, douleur et magie se confondent. La douleur est due à la présence d'un esprit mauvais à l'intérieur de l'homme souffrant (religion animiste, chamane, sorcier, médecine-man...). Il n'est pas rare alors de voir le sorcier infliger une plaie à l'homme souffrant pour faire sortir l'agent perturbant. Ces pratiques existent encore de nos jours, dans certaines régions africaines, véhiculées par une philosophie animiste.

Les Égyptiens, les Hébreux, les Grecs anciens (dont Homère), continuent de considérer la douleur comme un signe envoyé par les dieux sur les hommes. Avec sa formule célèbre « Divine est l'œuvre de soulager la douleur », Hippocrate avait désacralisé la souffrance vers 400 avant J.-C., affirmant qu'elle était un état contre l'Harmonie naturelle.

Aristote et Platon continuent à voir en elle, non pas une sensation, mais une émotion opposée au plaisir et perçue au niveau du cœur. À cette époque, la mandragore, l'hypociane, le pavot, le haschisch, l'alcool étaient connus pour leur effet analgésique.

Hippocrate de Cos (460–377 avant J.-C.)

La santé pour les Grecs est un équilibre fragile qu'il faut préserver sous peine de rompre l'Harmonie. Hippocrate a une haute idée de la médecine : souci des devoirs des médecins (serment), création d'un Code de déontologie, notion de confraternité, égalité des hommes devant la maladie, la défense de la vie, le respect du secret médical.

Les aphorismes d'Hippocrate sont célèbres. En voici quelques-uns:

« Aux plus grands maux, les plus grands remèdes.

Si deux douleurs éclatent à la fois dans des lieux différents, la plus forte obscurcit la plus faible.

Il est mauvais qu'après un coup sur la tête vienne la stupeur ou le délire... »

Galien, médecin de Marc-Aurèle et ses contemporains gréco-romains localisent la douleur dans le cerveau, centre de toutes les sensations.

Au Moyen âge (mille ans de malheurs, de guerres, d'invasions, et d'épidémies), les médecins sous l'influence de l'Église ne semblent guère s'intéresser à la douleur, alors que l'on connaît déjà de nombreuses plantes analgésiques ailleurs qu'en Occident.

Avicenne –Abû Ali-Husayn ibn-Abdullah Ibn-Sina (980–1037)

C'est un Perse mais un grand nom de la médecine dite arabe de même que Rhazès, Averroès, Maimonide. Son œuvre la plus connue en médecine est « *le canon de la médecine* » traduit en latin seulement en 1491 à Naples puis à Venise et Rome. Il fait la synthèse exemplaire d'Hippocrate, d'Aristote et de Galien. Il pressent le rôle des rats dans la propagation de la peste et celui de l'eau et de la terre pour certaines maladies, l'interaction du psychologique et du somatique. Il décrit le premier la méningite, mais aussi l'anatomie de l'œil, la symptomatologie du diabète etc. Philosophe accompli (dont l'enseignement est toujours vivace chez les chiïtes), il est musicien, poète, artiste et humaniste.

À la **Renaissance**, à Florence, sous l'influence de Laurent de Médicis et de son Académie, la vision anatomique et physiologique moderne de la douleur apparaît. Ce n'est plus une émotion, c'est une sensation transmise par le système nerveux. Trois grands noms sont à retenir de cette époque, **Vésale**, **Ambroise Paré** (chirurgiens et anatomistes hors pair), **Paracelse**.

« *Labor improbus omnia vincit* ». C'est la devise d'Ambroise Paré (1509–1590) qui le premier ligature les vaisseaux lors des amputations, technique qui sera, pendant des siècles, la base de l'enseignement des médecins militaires. Célèbre pour ses orthèses, il est aussi considéré comme le père de l'ophtalmologie française.

Plus tard, Descartes : (1596–1650) intellectualise la notion de douleur qui devient un phénomène cérébral et psychologique. Il se penche lui aussi sur le mystérieux problème des douleurs du « membre fantôme ».

Pour **Leibniz** (1646–1716) la douleur a une signification métaphysique et serait la faculté donnée à l'homme par le grand Architecte de l'univers pour sa conservation afin de restituer l'harmonie préétablie.

Les XVIII^e et XIX^e siècles sont ceux des progrès de la pharmacopée en général et de la lutte contre la douleur en particulier. De nombreux thérapeutes s'intéressent de plus en plus à la douleur. Témoin est cet extraordinaire « *Discours sur la douleur* » de **Marc-Antoine Petit**, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, prononcé le 28 brumaire de l'an VII (21 novembre 1799), à l'ouverture des cours d'anatomie et de chirurgie de l'hospice général des malades de Lyon, en guise de testament professionnel devant ses élèves et collègues.

Sydenham met au point en 1750 le sirop de laudanum. Sertuener à Hanovre utilise la morphine. Les découvertes sont nombreuses : le protoxyde d'azote par Priesley dans les années 1774 et son utilisation par Davy dans les années 1840, l'éther par Faraday en 1818, utilisée par Hickman dans les années 1830, le chloroforme simultanément par Von Liebig en Allemagne, Soubeiran en France et Guthrie aux États-Unis. Hannemann redécouvre l'homéopathie basée sur la loi de similitude. La cocaïne est isolée du coca en 1859 par Niemann, utilisée par Kohler en ophtalmologie. Les premières rachianesthésies sont pratiquées à New York en 1894 favorisées par le risque encore important de l'anesthésie générale.

La première anesthésie générale est pratiquée par **Morton** le 16 octobre 1846 à Boston. Le mot anesthésie a été suggéré par O.-W. Holmes.

Velpeau, Malgaigne dans un premier temps ne sont pas de partisans de l'anesthésie générale. Velpeau écrit en 1830: «échapper à la douleur au cours des opérations chirurgicales est un rêve chimérique qu'il ne nous est pas permis de caresser de nos jours». Ils deviennent pourtant en 1847 les fervents défenseurs de l'anesthésie générale car elle permettait une chirurgie plus complète et plus confortable pour tous.

Le XX^e siècle, avec le développement des techniques analgésiques et de la pharmacopée, permet à l'homme de concevoir pour les temps futurs, « un monde sans douleur ». La question est de savoir si cela est possible et si cela est souhaitable. On ne peut quitter ce chapitre sans citer quelques grands noms:

- **W. Stewart Halsted**, (1852–1922) avocat d'une chirurgie élégante, la moins mutilante possible, à la technique parfaite, à l'asepsie rigoureuse, est le promoteur de l'anesthésie locale. Il est le maître d'une génération de chirurgiens qui vont essayer ses idées humanistes;
- **Stéphane Leduc** (1853–1939) met au point l'anesthésie électrique en 1902;
- **Hermann Fisher** (1852–1919) synthétise le Véronal qui permet les premières anesthésies intraveineuses;
- **Grantly Dick Read** (1890–1959) innove en proposant sur réflexion d'une parturiente l'accouchement psychoprophylactique en 1914, que **Fernand Lamaze** (1891–1957) introduit en France. L'anesthésie moderne voit le jour avec l'apparition du Thiopental en 1934;
- **René Leriche**, le père de la chirurgie vasculaire publie sur les artérites oblitérantes juvéniles, l'ulcère gastrique, le syndrome de Volkmann, les moignons douloureux. Il écrit « *La chirurgie de la douleur* » qui reprend 20 leçons faites au Collège de France.
- **John Bonica** (1917–1994) dans la seconde moitié du siècle définit les *pain clinic* et est le précurseur de nos centres d'évaluation et de traitement de la douleur. Il est affecté très jeune, en mai 1944, comme chef anesthésiste à l'hôpital militaire de Madigan où il est interpellé par les douleurs induites par les blessures de guerre. Il établit, à la même époque, la première clinique multidisciplinaire de la douleur, qui permet une meilleure interaction des soignants en faisant appel à des chirurgiens, des anesthésistes, des neurologues, des psychiatres, des psychologues, des kinésithérapeutes... En 1973, il crée l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP).

Définition

L'IASP en 2020 définit ainsi la douleur : « Une expérience désagréable, sensorielle et émotionnelle associée ou ressemblant à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. »

Par rapport à la définition jusqu'alors retenue, celle-ci permet de s'adapter au patient non communiquant :

- la douleur est toujours une expérience personnelle, influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques psychologiques et sociaux;
- la douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être liée seulement à l'activité des neurones sensoriels;
- les individus appréhendent le concept de douleur à travers leur expérience de vie;

- le rapport qu'une personne fait de son expérience de la douleur doit être respecté.

Bien que la douleur joue un rôle généralement adaptatif, elle peut avoir des effets négatifs sur la fonction et le bien-être social et psychologique.

Douleur et identité

L'activité sportive de haut niveau n'exige pas seulement un entraînement formidable, une forme physique impeccable et une volonté « à toute épreuve », elle demande également de lutter contre la souffrance, la douleur et la tentation de se lâcher et de s'écrouler après la compétition.

De nombreux Occidentaux, sans qualification sportive, se lancent dans des épreuves longues et intenses où prime la capacité intime de s'opposer à une souffrance grandissante (course à pied, jogging, trekking, triathlon, raid, etc.). Il ne s'agit pas de se battre contre l'autre, la performance est secondaire et n'a de valeur que pour soi. La limite physique vient remplacer les limites de sens que ne donne plus l'ordre social. Il se joue là, symboliquement, une reprise en main de son existence.

D'autres liens analogues entre douleurs et identité se voient dans le rapport à la maladie. Les inégalités affectives de l'enfance pèsent en général trois fois plus que les inégalités sociales. Une culpabilité enfouie fragilise et détermine une facilité à souffrir qui rebondit et autorise l'individu à exister. Pour certains qui ont eu une relation avec une mère peu communicative, la douleur est le dernier atout pour l'enfant d'attirer son attention. Il est à noter la présence fréquente de parents violents chez des patients douloureux chroniques.

Certains individus trompent leur mal-être, leur sentiment d'être mal aimé, mal inséré dans un milieu familial ou autre, par une douleur qui, si elle les empêche de vivre, leur donne le bénéfice d'être investis de soins et d'attentions. La douleur, traduite par la plainte, est une butée identitaire qui permet de maintenir sa place. L'homme pratique parfois une progression de la douleur sans laquelle il ne pourrait vivre. Dans un système relationnel, la douleur peut être une monnaie d'échange. Elle permet de tenir à peu près droit dans une vie instable et menacée. Elle est le cadeau empoisonné d'un rapport inconscient à une histoire personnelle.

Derrière notre perception de la douleur, qui est si subjective, il y a toute la mémoire de nos souffrances passées physiques et psychiques. Sigmund Freud le dit ainsi : « tout affect est une répétition de traumatismes anciens », de tout ce qu'on a connu de frustrations, d'angoisses, de sentiment d'abandon, de solitude, de séparation, de perte.

La douleur est incommunicable. Elle est à la fois viol, violence physique et destruction de la relation au monde, en ce sens qu'elle envahit tout et paralyse à la fois l'activité physique et intellectuelle. Replié sur lui-même, le malade finit par lasser à cause de son impatience, de son irritabilité, de son comportement et de la durée de ses douleurs. L'entourage finit parfois par s'interroger et par mettre en doute, ce qui est insupportable au patient.

La douleur met toujours en échec le langage. Elle provoque les crises, les pleurs, le silence, brise la parole, la pensée et rend méconnaissable la voix. Elle nous plonge et nous

noie dans un univers inaccessible aux autres. L'homme douloureux, perdu dans un océan de solitude, n'est plus qu'un cri que personne n'entend.

Le vécu douloureux est une expérience de solitude : « On ne partage pas une douleur, on n'accède à la douleur de l'autre que par le détour. On ne peut souffrir comme l'autre, même quand on l'aime, même quand on voudrait alléger son mal. Il y a quelque chose de terrible dans la douleur en ce qu'elle enferme le sujet, révèle le poids de la solitude », explique David Le Breton.

Quand la douleur est chronique et que le patient par la plainte demande une relation aux autres et aux médecins, le langage subjectif devient acte de parole.

Douleur et parole : la plainte

Le cri, la plainte agissent comme un exutoire à la douleur. Hurler empêche de devenir fou de douleur. Le cri a une note fondamentale de décharge motrice. Il est aussi l'écho de tous nos cris jamais entendus et inscrits dans notre mémoire. Le cri et la plainte ont d'autres fonctions. Quand on crie, on n'est plus passif, mais actif. On tente de maîtriser quelque chose qui nous angoisse et qui nous échappe.

Sur la palette des plaintes viennent les mots, avec leur sens, leur sonorité affective, leur intensité sonore. Ils sont symptômes à part entière, signes d'un vécu intérieur. C'est par l'écoute attentive de la plainte que des liens pourront s'établir peu à peu, permettant au patient de s'interroger sur ce que la douleur traduit de sa souffrance. Car précisément, la plainte nous apparaît comme le trait d'union entre psychisme et somatique.

La plainte peut se faire l'expression autant de la souffrance psychique que de la douleur corporelle. La plainte permet d'inscrire la souffrance dans un langage, de nommer l'insupportable, l'insupportable ; en cela, elle apaise l'angoisse. Ne cherchons donc pas à faire taire la plainte. Il faut l'accepter et l'accompagner, et apercevoir à travers le discours conscient les non-dits, saisir le mot, la mimique, le geste qui soudain donnent au discours une autre dimension. La plainte peut être demande d'aide, d'apaisement, de mécontentement. Elle peut être besoin de parler, urgence à dire, crise à exprimer.

La douleur n'est pas seulement un fait physiologique, elle est d'abord un fait d'existence. Ce n'est pas le corps qui souffre mais l'individu en son entier. Il y a toujours dans ces cas une composante psychique, une souffrance, parfois secondaire, souvent révélatrice, à l'insu du patient, d'une problématique ancienne. La plainte douloureuse vient alors témoigner d'autres choses que d'une anomalie corporelle : frustration, culpabilité, punition, séparation. Repère identificatoire, béquille narcissique, présence qui de façon hallucinatoire vient combler une absence, articulation à la souffrance d'une maltraitance passée, lieu de plaisir dans un corps qui ne peut être accepté comme douloureux. C'est donc toujours le corps qui est dénoncé comme lieu et cause de tous les maux. La difficulté qu'il y a à entendre chez ces patients, qui viennent porter plainte et demandent réparation à l'institution, est qu'ils sont dépositaires d'un savoir qui heurte celui du médecin placé dans l'intenable position d'avoir à réparer.

La plainte est porteuse de messages multiples à différents niveaux, de demandes non formulées mais implicites. La

vraie demande reste à décoder. Elle met en scène dans le discours la problématique psychologique du malade. Elle peut être suppliante, séductrice, envahissante, agressive, manipulatrice. La réponse devra être adaptée.

Le malade porte plainte. Il demande « réparation ». Trop souvent, la réponse médicale s'arrête à cette problématique. La plainte a une dimension psychologique. Elle est signifiée et exprimée en direction d'un autre, modulée en fonction de lui, mais celui-ci ne comprend pas cet appel, il ne le décode pas, il reste au niveau de la plainte physique sans comprendre que derrière cette plainte, il existe un passé de frustration. La réponse apportée fait partie des bénéfices secondaires mais ne répond pas au vrai besoin qui est d'être reconnu et aimé pour lui-même.

Il existe des facteurs de renforcement positifs – « Quand je souffre et seulement quand je souffre, de bonnes choses m'arrivent » : soins médicaux; repos; attention des proches; compensation financière et/ou matérielle; sollicitude de la famille, du conjoint, des thérapeutes; obtention d'antalgiques, de sédatifs.

Il existe des facteurs de renforcement négatifs – « Quand j'ai mal, il ne m'arrive pas de mauvaises choses » : on évite ainsi les situations pénibles, travaux de force, discussions déplaisantes, responsabilités, relations affectives et sexuelles.

La douleur et la plainte permettent de porter la cause à l'extérieur du sujet. Le coupable, le bouc émissaire, est le chirurgien, le médecin, les scientifiques, etc. Il y en a d'autres. Toute atteinte corporelle bouleverse l'équilibre psychologique du sujet qui a parfois besoin de la douleur pour survivre. Opéré, le plaignant ne peut se résoudre à la séparation : « Je veux vivre avec ce que je n'ai plus » et la douleur vient remplir le vide dont il souffre.

Sens et douleur

« L'homme est un animal qui veut du sens. »
Albert Camus

Comme la nature qui a peur du vide, l'homme a peur du non-sens. Un effet sans cause visible transporte dans l'imaginaire toutes sortes de croyances et de revendications non entendues selon lui. Il sait bien que la cause de sa douleur est ailleurs. Il s'agit d'un sentiment, d'une impression confuse, au fond de soi, comme un malaise, un mal-être diffus.

La douleur n'est pas un châtement de Dieu. Elle est une composante de la condition humaine. La douleur n'est pas une valeur. La lutte contre elle, dans certaines conditions, de même que l'acceptation de la douleur peuvent être des valeurs car ce que l'on montre alors c'est notre endurance, notre sérénité, notre espérance.

La douleur a-t-elle un sens? Si oui, quel sens? On dit que la douleur est indispensable comme signal d'alarme : ce n'est pas toujours vrai, la faim ou la soif ne sont pas douloureuses au départ. On dit que la douleur aide à localiser la maladie : ce n'est pas toujours vrai (l'infarctus du myocarde, la péritonite chez la personne âgée, la douleur projetée en sont des exemples).

La douleur est une perturbation d'information, un faux sens, un contresens. Le patient demande qu'on l'écoute,

qu'on le comprenne et qu'on donne un sens à cette douleur qui l'envahit, le paralyse, l'altère dans tous les sens. Il est douleur, il s'identifie à elle et n'en sera délivré que si elle prend un sens à ses yeux.

Le philosophe Friedrich Nietzsche constate que ce qui révolte, ce n'est pas la souffrance mais son non-sens. Une certaine conception de l'idée de l'humanité nous incite à intervenir pour limiter autant que faire se peut la douleur éprouvée par l'homme et la souffrance totale qui réduit à tous les niveaux sa personnalité.

Plus qu'une autre discipline, l'approche de la douleur est un devoir moral au niveau le plus élevé d'une solidarité humaine; c'est une volonté de rendre à l'homme son unicité, l'envie de rassembler chez cet homme désintégré ce qui est éparé.

C'est la vie qui donne du sens à la douleur et non la douleur qui donne du sens à la vie. On a besoin de se sentir important aux yeux des autres pour vivre correctement parmi eux. Le soignant doit abandonner tout sentiment de puissance et s'ouvrir au regard de l'autre.

La prise en charge de la douleur correspond moins à une nouvelle spécialité médicale qu'à une attitude volontariste et à une responsabilité nouvelle des médecins à l'égard de leurs patients. Pour être de qualité, la relation patient-soignant ne peut être que de sujet à sujet et non de sujet à objet. Elle signe les retrouvailles de la médecine avec sa finalité première qui est de reconstituer l'homme, éclaté par la douleur et la maladie, de le réunir et de le mettre debout.

Classification des douleurs

Différents cadres temporels : douleur aiguë ou chronique

La douleur aiguë est souvent unifactorielle et constitue un signal d'alarme nécessaire à la sauvegarde de l'intégrité de l'organisme. Le mécanisme générateur est souvent univoque et de type somatique. Elle s'accompagne de manifestations neurovégétatives et motrices ainsi que d'une anxiété réactionnelle. Une démarche médicale somatique est souvent suffisante pour établir un diagnostic. Le traitement curatif de type étiologique est alors proposé. L'évolution se fait vers la résolution de la douleur si un acte thérapeutique est réalisé.

La douleur chronique se définit par un syndrome multidimensionnel d'une durée se prolongeant au-delà de 3 mois. Elle est souvent multifactorielle, avec des facteurs d'entretien psychologiques, sociaux et culturels, et des conséquences physiques, morales et sociales. La douleur chronique devient alors une maladie à part entière. Certains signes cliniques doivent alerter le clinicien :

- la composante anxieuse dépressive et toute autre manifestation psychopathologique comme le syndrome de stress post-traumatique;
- les interprétations ou croyances erronées du patient;
- la résistance à l'analyse clinique et au traitement bien conduit.

Les principales étiologies des douleurs chroniques sont les douleurs musculosquelettiques de type lombalgies chroniques et arthrose, les douleurs neuropathiques (DN), avec en particulier les DN périphériques, puis les migraines, céphalées et algies de la face, la fibromyal-

gie, les douleurs nociplastiques anciennement appelées douleurs *sine materia*, les douleurs du cancer, les syndromes douloureux régionaux complexes et les douleurs abdominopelviennes.

Physiopathologie : différents types de douleur

La sémiologie de la douleur permet de la décrire en cadres nosologiques avec des caractéristiques distinctives. Il existe plusieurs types de douleur, correspondant à des mécanismes distincts :

- douleurs nociceptives, appelées aussi douleurs par excès de nociception : elles correspondent à une atteinte tissulaire locale, mécanique et/ou inflammatoire, qui résulte d'une stimulation excessive et prolongée des nocicepteurs périphériques. Pour ces douleurs, les antalgiques sont efficaces (opioïdes et non opioïdes comme le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et le néfopam) ;
- douleurs neuropathiques : elles sont définies par « une douleur secondaire à une lésion ou une maladie affectant le système somatosensoriel » et peuvent être secondaires à toute lésion du système nerveux périphérique (polyneuropathies sensitives, douleur post-zostérienne, lésions nerveuses post-chirurgicales, sciatique chronique...) ou central (douleur après un accident vasculaire cérébral, lésions médullaires, sclérose en plaques...). La prévalence des douleurs neuropathiques modérées à sévères en population générale est estimée à 5,1 % avec un impact considérable sur la qualité de vie, le sommeil et les symptômes anxieux et dépressifs. Ces douleurs sont calmées non par des antalgiques classiques, mais par une médication anti-épileptique et antidépressive ainsi que par des traitements locaux (patches de capsaïcine ou emplâtres de lidocaïne, toxine botulique) ;
- douleurs nociplastiques : elles sont dues à une perturbation de la modulation de la douleur, au niveau cérébral et/ou périphérique, sans qu'il existe de lésion objectivable (fibromyalgie, colopathie...). Dans ce cadre nosologique, le corps devient le lieu d'expression des émotions et de la souffrance psychique. Le langage ne s'y trompe pas : ne dit-on pas « aïe » lorsque l'on se fait mal ou que l'on reçoit une mauvaise nouvelle ? Nous connaissons de multiples expressions où le corps se métamorphose pour nommer la souffrance : par exemple, « il me prend la tête », « elle me casse les pieds », « j'en ai plein le dos », « j'ai la peur au ventre », « il me brise le cœur », « je ne digère pas ce qu'il m'a dit », etc. Au-delà du langage, ce corps peut devenir douloureux. Le corps ne se contente pas d'être une enveloppe, un contenant. Il a le pouvoir de paroles, non pas comme le discours à travers les mots, mais à travers les maux : expression des non-dits, des inacceptables, des inconcevables, des irrecevables, des non-choix de vie, des vies non désirées, des prisons intérieures, ou encore des carcans de souffrance. Dans ce type de douleur, il est nécessaire d'accueillir la plainte avec une absence totale de jugement. Le symptôme prend sens si les mots sont accompagnés d'émotions et de sentiments. Le patient n'est alors plus un symptôme mais le porteur d'une histoire. De ce fait, il redevient sujet et non objet de la science. Il élabore des liens entre ses symptômes

et sa souffrance, ce qui nous permet d'observer une mise à distance du symptôme douloureux.

Prise en charge

Évaluation et recommandations

Les travaux de la Haute Autorité de santé (HAS) en 2008 sur la reconnaissance du syndrome douloureux chronique ont permis de mieux structurer l'évaluation, la prise en charge et l'orientation des patients douloureux chroniques. En 2009, la HAS a précisé l'aspect organisationnel de ces structures qui prévalent actuellement. En France, les structures douleur chronique (SDC) sont aussi des laboratoires d'innovation au regard des enjeux de santé publique, ce qui s'exprime par des démarches de parcours de soins et de santé : des dispositifs porteurs d'innovation au-devant des enjeux de santé publique, promoteurs de ce qui s'exprime aujourd'hui au travers de la démarche par parcours de soins et de santé :

- lecture bio-psycho-sociale d'une situation pathologique ;
- approche transversale, pluridimensionnelle et pluriprofessionnelle ;
- prise en charge intégrative et multimodale, décloisonnée ;
- innovations pharmaceutiques et technologiques.

Le modèle bio-psycho-social de maladie, proposé la première fois par le psychiatre George Engel en 1977, a été adapté à la douleur chronique et permet de prendre en compte les différentes composantes de la douleur : somatique, psychologique, sociale ou sociétale. La prise en charge nécessite l'étude des différentes composantes de la douleur chronique. En effet, la douleur est décrite comme une expérience multidimensionnelle avec quatre composantes :

- composante sensitivo-discriminative : elle correspond au décodage du message sensitif dans ses caractéristiques de qualité, d'intensité, de durée et de localisation : où ? Quand ? Combien de temps ? Comment ? C'est ce que le malade sent ;
- composante affectivo-émotionnelle : elle est la perception désagréable de la douleur, pouvant engendrer des états d'anxiété ou dépressifs quand elle se prolonge ; c'est elle qui est responsable de l'aspect de la souffrance. C'est ce que le malade ressent ;
- composante cognitive impliquant des processus mentaux donnant du sens à la perception : elle est liée aux acquis éducatifs, culturels et aux traumatismes vécus. La persistance de la douleur entraîne souvent des altérations cognitives à type de pensées erronées, mal adaptées ou catastrophistes. Cette composante reflète la place que le patient accorde à la douleur dans l'histoire de sa vie ;
- composante comportementale : elle correspond à l'ensemble des manifestations observables que détermine la douleur (manifestations motrices, verbales, physiologiques). Définie comme un comportement, la douleur devient un mode de communication avec l'entourage et a des implications relationnelles. C'est la façon dont le malade exprime sa douleur.

Pour chaque type de douleur chronique, il existe des recommandations de prise en charge élaborées par les sociétés savantes dont la Société française d'étude et de

traitement de la douleur (SFETD). La HAS effectue un travail similaire avec des recommandations récentes concernant l'utilisation des opioïdes dans les douleurs non cancéreuses afin de limiter leur risque de mésusage. Les techniques non médicamenteuses ont aussi une place importante. L'activité physique, les psychothérapies, l'acupuncture, la neurostimulation transcutanée, l'hypnose peuvent en effet être d'excellents recours. Il existe aussi des innovations thérapeutiques : les patches de haute concentration de capsaïcine dans les douleurs neuropathiques localisées, le ziconotide utilisé dans les thérapies intrathécales (surtout dans les douleurs du cancer rebelle), les différentes techniques de neuromodulation comme la stimulation magnétique transcrânienne répétitive du cortex moteur (*repetitive transcranial magnetic stimulation* ou rTMS), l'algoradiologie interventionnelle et les nouvelles approches psychocomportementales telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement et la méditation...

Organisation de la prise en charge des douleurs chroniques en France

Les premières SDC se sont développées en France dans le milieu des années 1970, à partir de spécialités comme l'anesthésie et la neurochirurgie, en particulier à Montpellier, Strasbourg et Paris, grâce à des initiatives locales. À leurs débuts, les prises en charge concernaient essentiellement les douleurs du cancer.

À partir de 1998, trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédé et ont favorisé l'intégration et le développement de ces structures spécialisées pour tout type de douleur dans le système de soins français.

Les SDC ont été identifiées dès 1994 avec une labellisation en 2001, 2011, puis 2017 par la HAS selon un cahier des charges précis et défini par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en collaboration avec les professionnels. La majorité des agences régionales de santé travaillent en étroite collaboration avec les correspondants régionaux issus des SDC, élus par les sociétaires de la SFETD.

Parallèlement, la loi de santé publique du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a reconnu le soulagement de la douleur comme un droit fondamental du patient.

Toutes les SDC doivent être rattachées à un établissement de santé public ou privé. Elles doivent être polyvalentes (c'est-à-dire être en capacité de traiter l'ensemble des patients au moyen d'une offre de soins diversifiée), à l'exception de celles hébergées dans des établissements de santé déjà spécialisés (cancérologie, rhumatologie, pédiatrie, gérontologie). Les médecins qui travaillent dans ces structures ont une expertise et une formation assurée grâce à une formation universitaire (diplôme interuniversitaire, capacité, diplôme d'études spécialisées complémentaires) mais aussi grâce aux échanges entre les professionnels de la douleur (réunions locales, régionales, congrès nationaux, etc.).

Les fondements de base des SDC sont la pluriprofessionnalité et la pluridisciplinarité œuvrant vers l'interdisciplinarité.

Le cahier des charges imposé à l'ensemble des SDC donne pour cadre de fonctionnement :

- une équipe pluriprofessionnelle avec, au minimum, un médecin, un infirmier, un psychologue ;
- une collaboration avec les soignants habituels du patient (médecin traitant, médecins spécialistes, médecin du travail, kinésithérapeute, psychologue, infirmier...) et les partenaires sociaux ;
- une réunion de synthèse, nécessaire pour l'établissement du projet thérapeutique.

Ce fonctionnement en équipe pluriprofessionnelle est déterminant.

En effet, les parcours de santé des patients douloureux chroniques sont complexes avec un nomadisme médical fréquent, une consommation importante en examens complémentaires et en soins. L'étude de ces parcours met en évidence des lacunes importantes, en matière de partage d'informations et de concertations entre les différents acteurs du soin, en faisant un modèle d'analyse dans les parcours complexes. Ces dysfonctionnements fréquents peuvent être iatrogènes et participer à la chronicisation. La compréhension et la prise en charge du patient douloureux requièrent de développer des compétences diverses afin d'appréhender l'expérience de la maladie chronique et de comprendre le patient. La prise en charge est plus large que celle du symptôme qui est souvent l'expression limitée d'un phénomène bio-psycho-socio-professionnel.

Les premières techniques interventionnelles efficaces innovantes avec repérages manuels ont été mises au point initialement par l'école anglo-saxonne sous l'impulsion de John Bonica. L'algoradiologie interventionnelle, intrinsèquement liée aux progrès significatifs de l'imagerie en coupe, est apparue lorsque les procédures requéraient une précision ou une technicité que seul un guidage par l'imagerie pouvait offrir. Les techniques innovantes nombreuses dans ce domaine ont été en grande partie réalisées en pionnier en France et ce depuis le début des années 1990. Elles sont exposées dans cet ouvrage qui illustre les nombreux domaines qu'aborde cette jeune spécialité radiologique dont le but est, aux côtés des autres approches, dans un esprit multidisciplinaire, de contribuer à soulager le patient douloureux.

Conclusion

« – *Quoi de neuf aujourd'hui ? demandait le médecin à son interne.*
– *Oh rien, lui répondit-il... Si, au fait, le simulateur est mort cette nuit.* »

La médecine a trop souvent réduit la souffrance au fait corporel en se focalisant sur une fonction ou sur un organe. Ce réductionnisme a été sans doute un facteur d'efficacité pour certaines pathologies. Il ne faut pas oublier que l'homme est immergé au sein d'un groupe culturel (système de référence, de valeur) et social (mode de vie, système de vie, écologie, etc.), sans omettre la dimension imaginaire qui soude tout groupe et toute relation au monde d'un individu. Nous vivons en outre dans une société multiculturelle où se côtoient d'innombrables groupes sociaux. L'homme n'est pas interchangeable, il vit à l'intérieur d'un système de sens, de valeurs et de représentations.

Prendre en charge la douleur nécessite l'alliance d'un acte de foi, d'un acte d'écoute et d'un acte de discernement. Baromètre de la relation malade-médecin, la douleur est avant tout un jeu de croyance, de confiance, de fidélité. Le médecin croit-il son patient quand celui-ci lui dit qu'il a mal ? Ne le soupçonne-t-il pas « d'en rajouter » quand celui-ci prétend que, malgré le traitement, il a toujours mal ?

La douleur ne suivant pas un raisonnement pastorien (telle douleur, telle cause, tel traitement), le médecin reconsidère-t-il son diagnostic et se demande-t-il ce qu'il n'a pas vu derrière le « j'ai mal » de son patient ?

La possibilité, pour le médecin, de dégager son patient de sa douleur et de son contingent habituel d'anxiété et de dépression, dépend de sa manière de la reconnaître, de la lire et de l'interpréter. Pour cela, un seul moyen : écouter. N'être pas entendu, c'est être nié dans son identité, dans tout ce qui est construit en soi et pour les autres, c'est retourner à la case départ, c'est être sans défense et sans réponse. Être nié demande une reconnaissance de ce délit avant la réparation du corps.

L'approche du douloureux doit consister à rétablir l'harmonie de l'homme souffrant en rassemblant ce qui est éparé. Ainsi, la médecine retrouve sa finalité première : remettre l'homme debout.

La prise en charge de la douleur nécessite de l'exigence, de la connaissance scientifique mais aussi de l'écoute et de l'empathie. La médecine est un art, ne l'oublions pas !

Comment l'a remarquablement dit William Osler, médecin canadien de la fin du XIX^e siècle, « *listen to the patient, he will tell you the diagnostic* ».

Bibliographie

- Aubrun (Dir.) F. Structures douleur chronique (SDC) en France (SCD) – Guide de bonnes pratiques. In: Éditions Med-Line; 2019.
- Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. *Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population*. Pain 2008 ; 136(3):380-7.
- Eugenie Poret, Douleurs souffrance et mémoire, éditions le Galion, 2003.
- HAS. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. Recommandations de bonnes pratiques. Février 2020. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150631/fr/antalgie-des-douleurs-rebelles-et-pratiques-sedatives-chez-l-adulte-prise-en-charge-medicamenteuse-en-situations-palliatives-jusqu-en-fin-de-vie.
- HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandation de bonne pratique. Décembre 2009a. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient.
- HAS. Évaluation du syndrome douloureux chronique en structure spécialisée. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Novembre 2009b. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1525723/fr/evaluation-du-syndrome-douloureux-chronique-en-structure-specialisee.
- Labreze (Dir.) L. Douleur & cancer. In: Guide de prise en charge des douleurs chez le patient atteint de cancer. Éditions Expression santé; 2018.
- SFETD. Livre blanc de la douleur 2017. État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. Éditions Med-Line; 2017. En ligne : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf.
- SFETD. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé. Janvier 2016. En ligne : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/06/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf.