

# La douleur PARENT PAUVRE DE LA MÉDECINE

**Les membres du « Réseau douleur Paca Ouest » ont dressé l'état des lieux de la lutte contre la douleur à l'occasion du 11<sup>e</sup> colloque organisé à Pierrefeu dans le cadre de la journée mondiale.**

Évoquer les différents aspects de la lutte contre la douleur, et, le plus largement possible, débattre de toutes les notions autour d'une prise en charge qui pourrait être largement améliorée : tel était l'objectif du colloque « L'antalgie sur tous les fronts » organisé récemment au centre hospitalier Henri-Guérin à Pierrefeu-du-Var, sous l'égide du « Réseau douleur Paca Ouest ». L'occasion de dresser un état des lieux de la lutte contre la douleur avec son président le Dr Michaël Lejwi, du Samu des Bouches-du-Rhône, le Dr Lakri Hamouda, présidente du Clud du Centre hospitalier Henri-Guérin, le Dr Michel Caillol, aussi philosophe membre de l'Espace éthique méditerranéen, le Dr Daniel Francon, anesthésiste réanimateur à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) à Marseille, et le Dr Nadjet Saadallah-Bouchemot, algologue au sein de l'unité douleur de l'hôpital Clairval à Marseille.

## **Pourquoi dites-vous que la prise en charge de la douleur pourrait être largement améliorée ?**

« La Société française d'anesthésie réanimation (Sfar) et la Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD) viennent de publier un livre blanc de la douleur disponible sur le site de la Sfar, qui évoque le continuum entre douleur aiguë postopératoire et douleur chronique », indique le Dr Francon. « Une douleur aiguë mal gérée va entraîner une persistance au-delà de trois mois. On se retrouve ainsi avec une douleur chronique

provoquée par un défaut de prise en charge initiale. »

## **Avec quelles conséquences ?**

« 20 % des opérés vont finir par aller dans une consultation de douleur chronique », répond le Dr Francon. « Il y a un impact sur la qualité de vie, le vécu du patient et un impact social, avec des arrêts de travail. Le coût sociétal et financier est énorme. Et le retentissement sur la vie quotidienne peut conduire à la nécessité d'une prise en charge psychologique. » « La mauvaise prise en charge de la douleur aiguë alimente les consultations antidouleur mais aussi les consultations psychiatriques », confirme le Dr Hamouda. « C'est un cercle vicieux, qui peut conduire au suicide. »

## **Comment l'éviter ?**

« Il y a des progrès à faire dans la détection des patients vulnérables, sachant que nous avons des éléments prédictifs du risque de douleur », répond le Dr Francon. « Ces éléments sont connus, décrits et méritent d'être mieux diffusés. Certaines chirurgies sont particulièrement douloureuses : celles du sein, thoracique, les amputations des membres, etc. Mais il y a aussi des facteurs psychosociaux comme le catastrophisme, l'anxiété, la dépression. On dispose d'échelles d'évaluation pour mieux "taguer" les patients à risque.

Parce qu'on n'est pas tous égaux devant la douleur. »

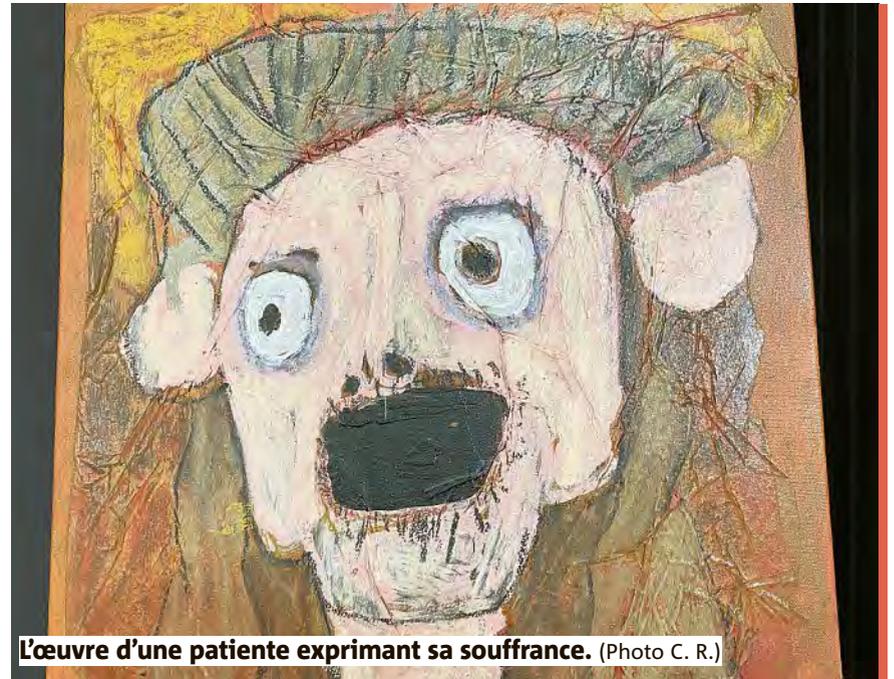
## **Une fois ces patients identifiés, quelle prise en charge ?**

« C'est notamment une question d'organisation », estime le Dr Lejwi. « Il faut des équipes dédiées aux douleurs aiguës, structurer l'alliance entre les différents services pour traiter les patients avec des douleurs complexes, avec des professionnels formés, un maillage plus resserré et plus performant. C'est l'objectif du Réseau douleur, qui existe malgré toutes les difficultés et les souffrances des soignants : fédérer les établissements de la région. » « Et s'agissant des douleurs chroniques, il faut travailler le lien entre services de médecine et de psychiatrie, pour prévenir les suicides » complète le Dr Hamouda.

## **Il y a encore beaucoup à faire ?**

« On ne s'intéresse pas assez franchement à la douleur et pas avec les bonnes armes », regrette le Dr Lejwi. « Il y a certes des problèmes d'organisation mais aussi de formations : il n'y a pas de diplôme spécifique. On peut considérer que la douleur est le parent pauvre de la médecine. » « Durant les périodes de confinement, à un moment donné, la douleur n'a tout simplement pas été prise en charge. On ne doit plus le revivre », conclut le Dr Saadallah-Bouchemot.

**PROPOS RECUEILLIS PAR  
C. MARTINAT  
cmartinat@nicematin.fr**



L'œuvre d'une patiente exprimant sa souffrance. (Photo C. R.)

## **Douleur ou souffrance ?**

*« La douleur n'est jamais "rien". La douleur physique est une absurdité et elle mérite d'être calmée au plus tôt, car c'est souvent le souvenir de la douleur qui crée la douleur, explique le Dr Caillol. Mais la médecine est souvent impuissante, et il ne faut pas le prendre pour un échec. Le médecin doit faire preuve d'humilité. »*

*« Avec la souffrance morale, c'est plus compliqué. On ouvre le débat : que peut faire la médecine ? On souffre souvent par anticipation : peur d'une douleur déjà connue, de la vieillesse, de la dépendance... C'est une angoisse existentielle. "C'est l'absence de cause à la douleur qui fait la souffrance", dit Nietzsche. La médecine peut-elle prétendre lutter contre ? Je ne crois pas qu'elle doive lisser nos états d'âme. »*

*Lors de sa présentation, « Entre la douleur physique et la souffrance morale, quelle place pour la sédation profonde et continue ? », il a rappelé que la loi Claeys-Leonetti permet de supprimer les douleurs de la fin de vie grâce à la sédation profonde et continue, « une altération de la conscience associée à l'analgésie qui équivaut à une anesthésie générale, plus un arrêt des traitements, jusqu'au décès ».*

*Une solution possible sous conditions. En dehors de ces cas, « que faire devant des douleurs réfractaires ? » interroge-t-il. À défaut d'une réponse, il apporte quelques éléments de réflexion : « Soit on opte pour une maîtrise absolue : on met en place l'aide médicale au suicide ou l'euthanasie. Et dans ce cas, on pose la question de cette aide : pourquoi médicale ? Soit on accepte une absence de contrôle total. »*