

“L’objectif, c’est de personnaliser les traitements contre la douleur”

Après l’avoir longtemps ignorée, le corps médical prône désormais une approche multimodale de la douleur. Explications de Myriam Antri*, chercheuse, et Éric Serra**, psychiatre et médecin de la douleur.

PAR RIVA BRINET-SPIESSER



SVHS : Vous avez fait de la douleur votre métier, Myriam Antri comme chercheuse ; Éric Serra en tant que clinicien. Pourquoi ?



Myriam Antri : Je suis sensible à la dimension universelle de la douleur. C’est un symptôme – un ressenti – qui concerne toutes les maladies. La douleur est comme un lien qui relie les pathologies les unes aux autres. Et puis, sans douleur, les citoyens n’iraient pas consulter leur médecin, ils ne seraient pas soignés. Cela montre la puissance du phénomène.

Éric Serra : Ce qui m’intéresse, c’est de comprendre la relation entre la souffrance du corps et celle de l’esprit. Et elle n’est pas simple. Il y a des douleurs dont on arrive à soigner la cause physiologique, sans que le patient se sente mieux. À l’inverse, certaines douleurs présentent des déterminants psychologiques, mais les traiter ne suffit pas nécessairement à les supprimer.



Il existe aujourd’hui divers types d’orthèses pour soigner et atténuer la douleur en fonction de la gravité ou de la caractéristique du traumatisme. Ici, la cheville ligamentaire permet le maintien de la cheville, en position anatomique, grâce à des bandes élastiques.

Contrairement à d’autres champs médicaux, la médecine de la douleur ne peut pas reposer uniquement sur une approche étiologique, c’est-à-dire sur la recherche de causes. Elle est complexe et nous oblige donc à une certaine modestie.

SVHS : Existe-t-il une définition de la douleur ?

M. A. : L’Association internationale pour l’étude de la douleur la définit comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. Cette définition révèle que la douleur est multifactorielle et fait appel à plusieurs composantes. Il y a notamment la composante sensorielle

dite “discriminative” : elle renseigne sur la localisation, la nature et l’intensité de la douleur (c’est la douleur du corps dont parlait précédemment le Dr Serra). Et également la composante émotionnelle : il s’agit de l’aspect subjectif de la douleur, de l’affect désagréable qu’elle génère chez le malade – que l’on pourrait associer à la douleur de l’esprit.



“ L’effet placebo est capable de diminuer la douleur avec un certain niveau d’efficacité ”

nous faire ressentir l’expérience comme désagréable. Lorsque la douleur se prolonge au-delà de la guérison, on parle alors de douleur chronique, qui est une pathologie en tant que telle. Elle est liée à une hypersensibilité des neurones qui s’installe dans le temps et qui transforme une petite stimulation, normalement anodine, en sensation douloureuse.

E. S. : On parle de douleurs chroniques lorsque la douleur dure plus de trois mois. Notre organisme perçoit alors comme douloureux des événements qui ne l’étaient pas auparavant, à cause d’une faillite des systèmes de contrôle, comme l’a expliqué Myriam Antri, mais aussi parce que nous avons une vision altérée de la douleur. Une personne ayant une lombalgie souffre, certes, de douleurs en bas du dos, mais souvent elle arrête ses activités à cause de la douleur. Ses muscles s’affaiblissent, ses articulations deviennent plus raides et tout mouvement devient inconfortable. Les malades sont pris dans le piège de la douleur.

SVHS : On comprend que nous ne sommes pas tous égaux face à la douleur. Quels sont les terrains propices ?

M. A. : Il y a d’abord des facteurs génétiques. Des études récentes dévoilent que les gènes impliqués dans la douleur s’expriment de manière différente selon les individus. Par exemple, nous n’avons pas tous la même quantité de nocicepteurs, ces récepteurs sensoriels à la douleur : l’intensité du message douloureux sera donc variable d’une personne à l’autre. Certaines personnes ont aussi une surexpression des canaux ioniques impliqués dans la transmission de la douleur au niveau des neurones, ce qui entraîne une hypersensibilité à la douleur. D’autres, au contraire, ont une sous-expression de ces canaux et sont donc plus “résistants”. Sans oublier les différences entre hommes et femmes. On observe en général une plus grande prévalence des douleurs chroniques chez la femme, comme c’est le cas dans la migraine ou la fibromyalgie. Cette différence s’explique, bien sûr, par l’influence des hormones sexuelles. Mais nous découvrons aussi, grâce à des modèles d’étude sur animaux, que les voies de la douleur et son activation cellulaire et moléculaire peuvent être différentes selon le sexe. Par exemple, pour certaines douleurs

E. S. : Cette définition médicale est importante, car elle nous permet de bien cerner l’objet d’étude qu’est la douleur et de la distinguer des autres souffrances humaines. La douleur est une agression physiologique qui est intégrée au niveau du cerveau, mais pas uniquement. Elle est intégrée aussi dans l’histoire du patient, dans sa façon de vivre, de ressentir les choses. C’est pour cela que certaines personnes

arrivent à faire face à la douleur et à maintenir leur activité, quand d’autres, au contraire, se sentent totalement débordées, envahies par des pensées négatives du type “de toute façon, rien ne marche”. Ces conséquences psychologiques et comportementales de la douleur nourrissent la douleur elle-même.

SVHS : Dans ces cas-là, la fonction protectrice de la douleur, qui sert

de signal d’alarme, est en quelque sorte pervertie ?

M. A. : Il faut bien distinguer deux types de douleur. D’abord, la douleur aiguë, qui est localisée et s’exprime sur un temps défini. C’est elle, effectivement, qui agit comme signal d’alarme. Elle permet par exemple de retirer sa main du feu lorsqu’on se brûle. Elle est initiée dans notre système nerveux périphérique par des récepteurs à la douleur

À l’Hôpital des nounours, un dispositif géré par l’Association nationale des étudiants en médecine, des enfants suivent une peluche dans un parcours de soins qui prend en compte la mesure de la douleur.

appelés “nocicepteurs”, puis un message remonte par les nerfs jusqu’au système nerveux central. L’information sera ensuite dispatchée par le thalamus dans différentes régions corticales, certaines pour nous informer de la localisation et de l’intensité de cette douleur, d’autres pour

“ Les recherches actuelles visent à développer des antidouleurs spécifiques à certaines pathologies ”

inflammatoires, on observe une dérégulation de canaux ioniques dans certaines cellules gliales du système nerveux central chez les mâles, mais pas chez les femelles.

E. S. : Sur le terrain psychocomportemental, les études ont montré que les patients en souffrance, avec des formes plus ou moins caractérisées d'anxiété ou de dépression, ressentent plus facilement la douleur et l'expriment davantage. On observe aussi que les personnes sédentaires sont moins aptes à réagir aux événements difficiles de la vie, dont la douleur fait partie.

SVHS : L'époque où l'on s'entendait dire "souffrir en silence" ou "c'est dans la tête" semble bien loin. Comment expliquez-vous les progrès dans la prise en compte de la douleur par le corps médical ?

E. S. : Le point de bascule a lieu au milieu du ^{xx}e siècle, lorsque René Leriche, inventeur de la chirurgie vasculaire, observant que des personnes pouvaient guérir de leurs maladies tout en souffrant encore, décrit la douleur comme une pathologie à part entière. Ensuite, le changement vient de la croisée de deux dynamiques. D'un côté

une science qui progresse à grands pas avec le développement de médicaments antalgiques puissants, au premier rang desquels la morphine. De l'autre, une forme de révolte de la part des citoyens qui demandent que ces innovations soient mises à leur disposition pour vivre plus confortablement. Ce qui s'est passé dans les années 2000, lors des premiers états généraux du cancer en France, est à ce titre assez marquant. Les patients se sont adressés aux oncologues en disant, en substance : *"Nous avons conscience d'avoir une médecine de très haut niveau, mais s'il vous plaît, soyez attentifs à nos souffrances."* Beaucoup de médecins l'ont mal pris : ils sauvaient des vies, mais les patients demandaient plus encore. Plus d'attention et d'humanité. Enfin, l'instauration de nouvelles lois, et notamment celle de 2002, qui obligent les établissements et les médecins à prodiguer *"des soins visant à soulager la douleur"*, a permis une meilleure écoute des chercheurs et des personnels soignants. On dispose en France de nombreuses structures spécifiques qui prennent en charge la douleur, et de quelques-unes des meilleures équipes de physiologie



Porté par Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé et des Solidarités (à gauche), le Plan Douleur 2006-2010 se voulait un "5^e signe vital" pour renforcer la prise en charge, améliorer l'accès aux traitements et développer l'information des patients.

de la douleur au monde. Le sujet a réellement "pénétré" le champ de la santé.

M. A. : Certes, nous bénéficions, aujourd'hui, de financements plus avantageux pour soutenir la recherche sur la douleur. C'est indispensable, mais ce n'est pas tout. Je pense que la société aussi a changé. Les gens osent davantage exprimer leur douleur, que ce soient les hommes – pour qui

c'était perçu comme un signe de faiblesse – ou les femmes qui, lorsqu'elles souffraient de migraines ou de douleurs de règles, s'entendaient dire : *"Ce n'est pas grave, c'est hormonal."*

SVHS : Sur le plan des traitements, les progrès semblent moins fulgurants, avec un nombre limité de nouveaux antidouleurs. Pour quelles raisons ?

M. A. : Je ne suis pas tout à fait d'accord, il y a de nouvelles molécules, comme la suzetrigine qui,

face à la crise des opioïdes, pourrait permettre de traiter la douleur aiguë sans dépendance (elle n'est pour le moment autorisée qu'aux États-Unis). Mais surtout, notre approche évolue : les recherches actuelles visent à développer des antidouleurs spécifiques à certaines pathologies, comme c'est le cas pour la migraine chronique avec l'arrivée des anticorps monoclonaux anti-CGRP. Cette approche ciblée est indispensable, car nous savons qu'un même symptôme – comme

un mal de tête – peut avoir différentes causes (une migraine, des céphalées de tension, un choc) et donc différents mécanismes. Ensuite, il arrive que l'on identifie des molécules efficaces lors des études précliniques sur animaux, mais qui le deviennent beaucoup moins dans les essais sur volontaires, où leur efficacité est comparée avec celle d'un placebo. Le mécanisme de la douleur a cela de spécifique : l'effet placebo est capable de diminuer la douleur avec un

certain niveau d'efficacité, ce qui rend l'innovation thérapeutique plus difficile.
E. S. : J'ajouterais que le progrès ne se cantonne pas à la découverte de nouvelles molécules, aussi fascinante soit-elle. Dans la médecine de la douleur, les progrès viennent aussi de notre capacité à améliorer la prise en charge globale du malade, en combinant différents traitements et en intégrant dans les soins des composantes comportementales et psychologiques.

SVHS : Quel regard portez-vous sur les traitements non médicamenteux, que ce soit la neurostimulation, ou des méthodes plus émergentes comme l'hypnose ou l'acupuncture ?

E. S. : Les traitements non médicamenteux jouissent d'une très bonne image sociétale, mais il convient d'y aller pas à pas, car nous manquons encore d'études scientifiques qui valident leur efficacité. Ces traitements fonctionnent au

cas par cas : l'acupuncture n'agit que dans certaines indications. L'hypnose peut merveilleusement contrôler les douleurs aiguës, mais cela ne marche pas chez tous les patients. Il ne faut donc pas s'en priver lorsque des patients disent "Ça marche mieux que tous les médicaments que j'ai pris jusque-là", mais continuer à prescrire des antidouleurs s'il le faut. Ces méthodes offrent en revanche un bénéfice essentiel : elles permettent une implication du citoyen dans sa prise en charge, que l'on ne retrouve pas dans la prise de médicaments. Pour certains types de patients, ceux qui vont de l'avant, qui cherchent à coopérer avec les médecins, ces stratégies thérapeutiques sont encore plus utiles, mais doivent rester encadrées.

SVHS : Comment, demain, améliorer encore la connaissance et la prise en charge de la douleur ?

E. S. : Avec la Société française d'étude et de traitement de la douleur que

je préside, nous souhaitons soutenir la formation des médecins à la prise en charge de la douleur et renforcer les structures douleur chronique, qui offrent des réponses novatrices et prennent en compte le profil et l'histoire de chaque patient. Nous devons aussi mettre l'accent sur l'accompagnement de certains types de population,

comme les enfants, les personnes âgées, les personnes souffrant de troubles du développement ou de troubles mentaux chroniques.

M. A. : Il est primordial d'approfondir la connaissance des différents mécanismes de la douleur et d'identifier des marqueurs spécifiques à chaque pathologie, car, in fine, l'objectif est d'arriver

à personnaliser les traitements. Pour cela, j'espère que nous pourrions continuer sans frein à mener des études cliniques et précliniques, sur les modèles animaux et humains, car rien ne pourra remplacer le vivant. ■

* Myriam Antri est enseignante-chercheuse au laboratoire Neuro-Dol de l'Inserm et de l'université

Clermont Auvergne.

** Éric Serra est psychiatre et médecin de la douleur, professeur en médecine de la douleur à l'université de Picardie Jules-Verne, chef de service du centre d'étude et de traitement de la douleur au CHU d'Amiens, président de la Société française d'étude et de traitement de la douleur.

Les traitements des cancers sont désormais accompagnés d'une prise en charge globale qui comprend des traitements médicamenteux, mais aussi des soins de support non médicamenteux comme l'hypnose, la psychothérapie ou l'acupuncture.



“ Les traitements non médicamenteux jouissent d'une très bonne image sociétale, mais nous manquons encore d'études scientifiques qui valident leur efficacité ”