

Antalgie - Des pratiques perfectibles - Article paru le lundi 19 Février 2007.
Entretien Dr. Chantal GUÉNIOT pour le Panorama du médecin.

Si la douleur est aujourd'hui mieux prise en compte par les professionnels de santé, de nombreuses prescriptions restent inadaptées.

Le Dr Alain SERRIE est responsable de la Fédération de médecine de la douleur et de médecine palliative à l'hôpital Lariboisière (Paris), et président de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (Sfetd). Interrogé par Panorama du Médecin, il revient sur les difficultés auxquelles se heurte encore la prise en charge de la douleur en France.

PANORAMA DU MÉDECIN

Les ventes d'antalgiques, notamment de paliers 2 et 3, ont augmenté en France. Mais le plan Douleur suggère que ceux-ci ne sont pas toujours utilisés à bon escient.

DR ALAIN SERRIE.

On a longtemps cru que la consommation d'antalgiques était un bon indicateur de l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Nous savons aujourd'hui que ce n'est pas vrai. Ainsi, c'est un abus médicamenteux qui est le plus souvent responsable des céphalées chroniques quotidiennes. Ce sont les pratiques qu'il faut améliorer. Des progrès doivent être faits dans les associations, notamment avec les coantalgiques (corticoïdes, antidépresseurs, anti-épileptiques.) Deux grands écueils doivent être évités. Le premier est de négliger de prescrire des médicaments adaptés à certains types de douleurs. Dans les douleurs neuropathiques par exemple, les antidépresseurs et les antiépileptiques, qui sont les médicaments de choix, même si leur efficacité reste modeste, sont très peu prescrits. Ces douleurs sont laissées pour compte, en partie parce qu'elles ne sont pas identifiées. On dispose d'un nouvel outil le DN 4 (douleur neuropathique 4) qui comprend dix questions. Avec de tels outils diagnostiques, les médecins devraient moins hésiter à proposer des antiépileptiques et des antidépresseurs, d'autant plus que certains anti-épileptiques ont maintenant l'AMM dans cette indication. Le deuxième écueil consiste à prescrire des médicaments qui ne sont pas indiqués. Ainsi, l'Eular (European League Against Rheumatism) a émis en juillet des recommandations sur la fibromyalgie, précisant que les corticoïdes et les morphiniques n'ont pas de place dans cette indication. On est obligé, parfois, d'hospitaliser les patients pour les sevrer des morphiniques. Ces prescriptions abusives semblent rares chez les généralistes. L'étude Thalès indique que les antalgiques de niveau 3 représentent 1 % de l'ensemble des prescriptions d'antalgiques des rhumatologues, qui traitent pourtant beaucoup de douleurs bénignes, et 0,3 % seulement de celles des généralistes.

L'usage des échelles doit-il être systématique ?

Comme pour la pression artérielle, la douleur doit être évaluée par des outils, pour qu'il y ait une traçabilité. Les échelles visuelles analogiques sont importantes pour suivre l'évolution et, dans les douleurs par excès de nociception, pour prescrire un antalgique en fonction de l'intensité de la douleur, selon les recommandations de l'OMS : entre 1 et 3, un

antalgique de niveau 1, entre 4 et 6, un antalgique de niveau 2 et au-delà de 6, un antalgique de niveau 3. Ces échelles ont commencé à être diffusées lors du premier plan Douleur (1998-2001). Aujourd'hui, elles sont très largement utilisées.

Pendant longtemps, la règle était de ne pas masquer une douleur aiguë, car elle constitue un signe d'appel. Qu'en est-il actuellement ?

À partir du moment où la douleur a joué son rôle d'alerte, il ne sert à rien de la laisser persister. Au contraire, ces douleurs aiguës font le lit des douleurs chroniques si on ne les traite pas. Il y a eu deux consensus de médecine d'urgence soulignant bien que dès qu'une douleur a attiré l'attention du soignant il faut la calmer. Les généralistes sont les soignants les plus proches des patients, donc ils sont sensibilisés à ce problème. Peut-être faudrait-il qu'ils soient plus attentifs à ne pas négliger les petites douleurs aiguës, car elles risquent de se chroniciser. Nous avons des éléments prédictifs qui permettent de dire quelles douleurs seront rebelles et lesquelles seront faciles à traiter. Il faut que ces connaissances passent dans la pratique quotidienne. Par exemple, dans les céphalées chroniques quotidiennes c'est dans la plupart des cas l'abus médicamenteux qui conduit à la chronicisation. Si l'on traite des céphalées par six comprimés d'antalgique de niveau 1 ou 2 quotidiens, il y a un risque élevé de céphalées chroniques quotidiennes. Pour le zona, cela dépend de l'importance de la zone atteinte et de sa topographie, de l'âge, de l'intensité des troubles, de la sensibilité au départ... Pour les lombalgies, le risque de chronicité est élevé s'il y a eu deux ou trois arrêts de travail, en cas de consommation d'alcool ou de tabac... Lorsque des éléments de risque sont présents, il faut traiter de manière efficace pour éviter le passage à la chronicité.

Quelle est la place des techniques non médicamenteuses ?

Ces méthodes n'ont jamais été bien évaluées. Deux études vont être lancées, concernant le traitement de la migraine par l'hypnose et celui des lombalgies chroniques par neurostimulation transcutanée électrique externe. Les techniques non médicamenteuses, comme l'auriculothérapie, l'hypnose, la relaxation ou le biofeed-back, ont peut-être leur place. Mais il faut prouver d'abord qu'elles sont efficaces, et dans quelles pathologies.

Le dernier plan Douleur 2006- 2010 insiste sur les personnes les plus vulnérables.

De grands efforts ont été faits pour informer sur la douleur de l'enfant. La douleur des personnes âgées est un sujet beaucoup moins porteur. Mais il y a un autre domaine qui reste inexploré, c'est celui de la douleur dans les établissements de santé mentale. Les psychiatres sont peu formés à la prise en charge des douleurs de tout type : migraines, zonas, lombalgies, douleurs neuropathiques... Ces douleurs sont aussi fréquentes dans les établissements de santé mentale qu'ailleurs, mais leur prise en charge est plus difficile car les patients sont souvent déjà polymédicamentés et expriment la douleur de manière très différente.

Les généralistes font-ils suffisamment appel aux structures de traitement de la douleur?

De plus en plus. Ce sont les premiers concernés par la douleur. Et la plupart assurent très bien sa prise en charge. Mais quand la douleur devient chronique, c'est-à-dire quand elle persiste plus de trois à six mois, qu'elle a des répercussions psychologiques, sociales, professionnelles, familiales, il faut une écoute qui demande du temps. La première consultation dans un centre de la douleur dure toujours plus d'une heure. Le généraliste n'a

pas toujours le temps. Ces douleurs nécessitent aussi une prise en charge multidisciplinaire qui peut être réalisée au mieux dans un centre spécialisé.

Y a-t-il assez de consultations spécialisées ?

Non. Pour les urgences, c'est-à-dire les états de mal migraineux, les névralgies faciales et les algies vasculaires de la face, le délai d'attente n'excède pas 24 à 48 heures. Mais dans les autres cas, il atteint trois mois. Un recours plus adapté pourrait diminuer cet engorgement. Seules les douleurs ayant mis en échec tous les traitements proposés doivent y être adressées. La Haute Autorité de santé (HAS) a été saisie sur quatre points : définir des critères d'éligibilité à la consultation douleur ; définir les modalités de cette première consultation ; identifier des structures de référence et, enfin, labelliser les structures. Il faut en finir avec ces structures qui sont d'une grande précarité et qui peuvent disparaître du jour au lendemain. À Argenteuil, la consultation douleur vient d'être supprimée. Actuellement, 300 médecins équivalents temps plein animent les structures de prise en charge de la douleur chronique dans les 26 Régions de France. Leur moyenne d'âge est de 52 ans. Je suis donc très réservé sur l'avenir.

Êtes-vous satisfait du plan Douleur 2006-2010 ?

Bien sûr. La France est l'un des rares pays d'Europe où les pouvoirs publics ont identifié la prise en charge de la douleur comme une priorité. C'est le troisième plan Douleur. C'est très satisfaisant, mais cela ne règlera pas l'ensemble des problèmes car le chantier est énorme. C'est la première fois qu'un budget de 27 millions d'euros sur quatre ans est attribué à l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Maintenant, il faut veiller à ce que l'ensemble de cette enveloppe parvienne bien à ceux qui en ont besoin. En 2006, seulement 1 600 000 euros ont été débloqués.

ZOOM

Le « scandale » des douleurs induites !

« Les douleurs induites par les soins sont l'un des scandales de cette décennie, s'indigne le Dr Serrie. Nous savons à quel moment nous allons induire les douleurs, nous avons les moyens de les prendre en charge, et ces moyens sont négligés ». L'enquête de type «un jour donné », menée en 2000 par le Club de Lariboisière (Paris), montrait qu'un patient sur deux entre à l'hôpital sans douleur, mais que la prise en charge va créer une douleur supérieure à 6 sur les échelles chez la moitié d'entre eux. À l'hôpital Lariboisière, cette enquête a conduit à la formation de 325 infirmiers et aides-soignants et à la mise en place de 22 postes de mélange oxygène protoxyde d'azote. Malheureusement, le mélange oxygène protoxyde d'azote n'a pas l'AMM pour l'utilisation en ville. Une extension d'AMM est prévue, mais seulement pour les cabinets dentaires. À domicile, les solutions se résument à la pommade Emla, qui doit être appliquée une heure avant le geste, ce que les personnes âgées ne peuvent pas toujours faire, et à la morphine à libération immédiate, Sevrédol ou Actiskénan, à prendre une heure avant le soin.

Plus d'une personne âgée sur deux est douloureuse !

L'amélioration de la prise en charge des douleurs des personnes vulnérables forment l'un des quatre axes du plan Douleur 2006-2010, les trois autres étant la formation des professionnels, l'amélioration des traitements médicamenteux et non pharmacologiques, et la structuration des filières de soins. Selon les enquêtes réalisées, 25 à 50 % des personnes âgées à domicile et 50 à 93 % de celles vivant en institution souffrent de douleurs chroniques. Ces douleurs sont l'un des axes du plan. Les difficultés commencent dès le stade de l'évaluation, de nombreuses douleurs restant ignorées du médecin traitant. La crainte des effets secondaires conduit souvent à des traitements insuffisants. Les médicaments prescrits doivent être de demi-vie courte, avec une posologie initiale faible. Le paracétamol est mieux toléré que les AINS. Quant aux opiacés, ils doivent être utilisés initialement à demi-dose. Il manque malheureusement des essais thérapeutiques spécifiques chez la personne âgée.

EN SAVOIR PLUS.

□ Les morphiniques peuvent être prescrits dans les douleurs chroniques bénignes, lorsque les douleurs sont intenses et causées par un excès de nociception, mais dans des cas très précis, à des doses faibles et pour un temps limité.

□ Les douleurs sont dites bénignes lorsqu'elles ne sont pas liées à une maladie mettant en cause l'espérance de vie. « C'est une définition très mauvaise, reconnaît le Dr SERRIE, car une douleur bénigne qui dure des années, comme la douleur du zona, est très grave, même si elle ne met pas en jeu l'espérance de vie ».

Dr Alain SERRIE