

Contre la douleur, sortir du tout-médicament

TRIBUNE - Le neurochirurgien et spécialiste de la douleur Marc Lévêque rappelle que les approches de neurostimulation sont des traitements efficaces. Ils sont actuellement insuffisamment utilisés et pris en charge

Le prix Nobel de médecine attribué, le 4 octobre, aux Américains Ardem Patapoutian et David Julius pour la découverte, notamment, du récepteur cutané à la température TRPV1 a mis à l'honneur la recherche sur la douleur. Depuis sa création en 1901, c'est la première fois que l'académie suédoise couronne des travaux sur cette thématique et pourtant, aucun d'entre nous ne sera épargné par la souffrance physique!

Sa forme chronique affecte 12 millions de nos concitoyens et 70 % demeurent insuffisamment soulagés. Seuls 3 % sont pris en charge dans des centres antidouleur. Ces derniers sont saturés (un trimestre de délai en moyenne, une éternité lorsque l'on souffre) et dépourvus de moyens conséquents.

Outre les ressources anémiques, d'autres facteurs expliquent ce constat désolant. Tout d'abord, la spécialité, l'algologie, peine à être reconnue comme discipline à part entière. Alors que la douleur représente le premier motif de consultation en médecine générale, moins d'une vingtaine d'heures spécifiques d'enseignement y sont consacrées tout au long des études médicales.

D'autre part, la réponse médicamenteuse presque systématique à la douleur chronique doit nous interroger. Les molécules antalgiques – dont les morphiniques, des antiépileptiques et antidépresseurs –, disponibles partout grâce au maillage étroit de plus de 20 000 officines, restent la thérapie de première intention face à ce fléau médical, mais aussi social, que constitue la douleur chronique. Les difficultés d'accès aux structures antidouleur,

moins de 300, où sont disponibles des alternatives thérapeutiques encouragent la prescription au long cours de ces molécules. Le drame sanitaire de la crise des opioïdes, masquée par celle due au Covid, et ses 81 000 morts par surdose aux Etats-Unis pour la seule année 2020, nous met en garde face à la prescription à grande échelle et à long terme de morphiniques. Les tombes de Prince, de Michael Jackson et de Whitney Houston sont les plus visibles d'un gigantesque cimetière où gisent un demi-million d'Américains.

La situation dans notre pays n'a rien de comparable, mais l'évolution est là : le nombre de morts par opioïdes prescrits a triplé ces dernières années. Depuis février, la prégabaline (Lyrica), antiépileptique vedette dans le traitement de la douleur neuropathique, est assimilée à un stupéfiant en raison de son risque accru de mésusage. Les antidépresseurs au long cours possèdent aussi leur lot d'effets sur le psychisme, le poids ou la libido.

Brouiller le message douloureux
Ces différents médicaments psychotropes, à l'efficacité faible dans cette indication, tiennent aussi leur part de responsabilité dans les 80 millions de journées de travail altérées par la douleur chronique. Les troubles de concentration ou psychiques, tels « l'impression de ne plus être soi », voire les risques liés à la conduite automobile, peuvent avoir des conséquences sociales et professionnelles pour des milliers d'individus alors même que le soulagement de la douleur n'est pas systématique.

Face à ce constat, les traitements focaux – dont l'action est localisée –, qui

**ON CONSIDÈRE
AUJOURD'HUI
QUE SEULEMENT
5 % DES PATIENTS
QUI POURRAIENT
BÉNÉFICIER
DE L'ÉLECTRO-
STIMULATION
CUTANÉE
Y ONT ACCÈS**

présentent l'avantage de préserver les facultés de l'individu, devraient être privilégiés. C'est là tout l'intérêt de la découverte du fameux TRPV1, qui a contribué au développement de nouvelles armes dans la douleur neuropathique telles que les patchs de capsaïcine (issue du piment) ou les micro-injections de toxine botulique : des traitements encore cantonnés aux centres antidouleur dont nous avons évoqué les problèmes d'accessibilité.

Autre avancée, aussi marquante que silencieuse, celle de la neuromodulation, autrement dit l'ensemble des dispositifs capables de brouiller électriquement le message douloureux. Les progrès fulgurants de l'électronique ont considérablement bénéficié aux outils de neurostimulation implantée, comme la stimulation de la moelle épinière dite également « médullaire », ou de neurostimulation externe, telles la stimulation magnétique transcrânienne ou l'électrostimulation cutanée (TENS). Cette

dernière, efficace, dénuée d'effets indésirables, ne peut malheureusement être prescrite que par de rares médecins ou au sein d'une structure antidouleur. On considère aujourd'hui que seulement 5 % des patients qui pourraient en bénéficier y ont accès...

S'agissant de la stimulation transcrânienne, qui soulage significativement environ un patient sur deux, elle n'est toujours pas remboursée dans notre pays ; une véritable entrave à son développement. Quant à la stimulation médullaire, à l'efficacité remarquable, sa diffusion demeure restreinte : moins de deux mille patients en bénéficient chaque année, soit, rapporté à la population, cinq fois moins que nos voisins belges.

D'autres thérapies non médicamenteuses – à l'utilité scientifiquement validée – comme l'activité physique adaptée (APA), la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'hypnose, la méditation de pleine conscience ou la musicothérapie possèdent, outre d'indéniables effets antalgiques, bien des effets désirables ! Là encore, leur accès n'est souvent possible qu'à travers des structures antidouleur ou à la charge financière du patient.

La solitude, le surpoids, la sédentarité et la sénescence vont continuer de souffler sur nos sociétés et accentuer ce fardeau de la douleur. Nous devons, enfin, être en mesure d'offrir une autre culture que celle du médicament. ■

Marc Lévêque est neurochirurgien et spécialiste de la douleur à Marseille