
Prise en charge des douleurs des cancers et image de l'homme

**Lakdja Fabrice¹, Ostermann Gérard²,
Lakdja Pierre-Olivier¹, Colombani Sylvie¹,
Dixmerias Florence¹, Labrèze Laurent¹, Monnin
Dominique¹**

¹ *Département d'Anesthésie–Réanimation–Analgésie, Institut Bergonié,
Centre de Lutte Contre le Cancer 229 cours de l'Argonne 33076 Bordeaux*

² *Professeur de thérapeutique et médecine interne 139 rue Lecoq 33000
Bordeaux*

E-mail : lakdja@bergonie.org

Dans (*Épidémies*, 1,2,5), Hippocrate de Cos nous apprenait que « *l'art de la médecine se joue en trois termes : la maladie, le malade, le médecin. Le médecin est le serviteur de l'art, il est indispensable que le malade, aidé par le médecin, s'oppose à la maladie* ». George Duhamel (colloque singulier = expression proposée en 1935) parlait de la relation médecin-malade en tant qu'acte singulier. Le colloque singulier sous-entend que les acteurs principaux et essentiels sont le médecin et le patient. Ce premier contact n'exclut en rien par la suite, le cas échéant, l'entourage, les proches du patient que nous avons à considérer aussi, avec respect. Le terme "patient" dérive du latin *pati*, qui supporte et souffre. Le patient pâtit et subit alors l'action de l'agent. Il souffre et est passif. S'ajoute la notion de patience, de persévérance. Mais le patient est aussi un condamné à mort et par extension celui qui est aux mains du chirurgien et enfin seulement considéré comme malade.

Face à cette inégalité entre le malade passif et le médecin tout puissant, il convient donc de mieux adapter cette relation pour le bien-être de tous : celui du malade qui participera à son traitement tandis qu'il sera considéré alors comme adulte responsable et celui du médecin qui sera satisfait de ce résultat bénéfique : le succès est réciproque [1].

Cependant, malgré son intention bénéfique, le médecin peut engendrer ou laisse s'installer, assez souvent, des effets secondaires néfastes, indésirables, délétères, nocifs..., et pourtant Hippocrate et ses

disciples n'ont eu de cesse de répéter « *Primum non nocere* » ! Cette expression signifiait d'abord ne pas occire car la forme « nok » de la racine qui a fourni au latin le verbe nocere signifia « faire mourir » puis faire du mal puis nuire. Même pour le marquis de Sade [2], la nuisance n'est pas son objectif car, le bonheur du plaisir de soi devient la douleur de l'autre « ...c'est au milieu des voluptés que l'on se délecte par le supplice ».

En thérapie comme en toute action potentiellement intrusive, « *il y a une mesure en tout : dès qu'on en sort on la dépasse* » comme le disait Jules Renard. On en trépassé parfois, aussi, gardons nous des Docteurs de la loi médicale, de ces “iatrologistes” qui défendent une stricte orthodoxie et imposent toujours leurs opinions avec opiniâtreté.

Rappelons-nous que le mot médecin est issu de la racine latine *med-/mod-* qui signifie réfléchir, mesurer, peser. Et le verbe *mederi* signifiait s'occuper de, d'où soigner. Et ce ne sont pas que les gestes qu'il convient de mesurer et de peser. Les mots ont aussi le pouvoir de nous consoler, ils nous aident à conjurer la peur, à célébrer la guérison, c'est eux « *qui nous font vivre* » [3]. Les « *mots font (même) l'amour, parfois* » disait A. Breton. Le médecin découronné du prestige de succès de jadis, traverse une période de crise de confiance ou de défiance car la médecine s'est dépersonnalisée. Les compétences techniques ont engendré les spécialisations, et « *les grands médecins – disait Sacha Guitry en 1932 – ont souvent tendance à se spécialiser* ». Enriquez soignait l'estomac, Vaquez soignait le cœur. Robin s'était fait aussi une spécialité : il soignait les malades. Et sans ces docteurs Robin qui se raréfient, le malade est pris dans un engrenage, il est examiné par divers acteurs, de manière parcellaire. A ces sources d'insécurité viennent s'ajouter les effets iatrogéniques de la technologie toujours plus performante mais plus incisive, plus intrusive et donc plus nocive.

Le cadre complexe de la douleur en oncologie semble réunir tous ces aspects. Au caractère mutidimensionnel de la douleur s'ajoutent les représentations plutôt effrayantes du terme cancer et cela aussi bien pour le patient que pour le médecin car l'évocation populaire en fait une seule maladie aux aspects divers. Elle peut atteindre tous les organes et toucher n'importe qui. Cette universalité possède à elle seule une signification maléfique singulière et non retrouvée pour les autres affections [4]. En outre, le cancer s'exprime par une prolifération et une destruction conférant ainsi un paradoxe qui obère l'effroi qu'il suscite. C'est un mal qui ronge et dévore tel un monstre, implacable, capable de détruire sur place comme à

distance. Il peut même envoyer des émissaires, insidieusement, à n'importe quelle partie de nous même. C'est un mal encore partiellement mystérieux qui se développe inexorablement et profondément, sans jamais relâcher sa victime [5].

Ces croyances se confortent dans l'esprit populaire d'autant que des notions de dégradation physiques, de douleurs, d'angoisse, viennent, souvent dans ce contexte pathologique, en alimenter les sources [6]. Il y a donc aussi les douleurs, la souffrance et leurs propres représentations. Le cancer affecte le corps qui exprime sa souffrance par la douleur. « *La douleur serait à la souffrance ce que le cri est au langage* » [7].

Aujourd'hui, nous sommes en capacité de dire que ces croyances ne sont pas toutes fondées. Les progrès en matière de prévention, diagnostics précoces et traitements ciblés du cancer sont une réalité. Dans ce domaine, des progrès indéniables ont été faits ces dernières années comme le montre l'étude FRANCIM [8] rapportée par le numéro thématique de l'Institut de Veille Sanitaire [9].

Il en est de même de certaines de ses conséquences comme les douleurs qui sont envisagées de manière interdisciplinaire, dans des situations de plus en plus fréquentes. Les prises en charge modernes sont fondées sur la médecine factuelle. Des protocoles de diagnostic et de traitement existent pour les soignants [10, 11] mais aussi pour les patients et leurs proches [12]. Ces guides sont consultables et téléchargeables gratuitement sur <http://www.fnclcc.fr>.

Néanmoins, il demeure qu'en matière de maîtrise de la douleur les efforts sont à maintenir car à contrario des études sur le cancer, une étude récente : EPIC (www.EPICsurvey.com) fait montre d'une moindre efficacité dans la prise en charge symptomatique de la douleur du cancer en Europe. Franco De Conno, Directeur de l'unité de réhabilitation et de soins palliatifs, Institut National Cancer (Fondation), Milan précise : « *L'enquête EPIC montre qu'en dépit de l'existence de traitements efficaces, la douleur cancéreuse n'est pas toujours prise en charge de manière efficace* », et il rajoute que « *les médecins devraient communiquer régulièrement avec leurs patients à propos de leur douleur, en mettant les traitements efficaces à leur disposition et en veillant à ce que l'administration de médicaments moins efficaces ne soient pas poursuivis quand une alternative plus efficace pourrait améliorer significativement la prise en charge de la douleur et, par conséquent, la qualité de vie* ».

Aujourd'hui la prise en charge de la douleur en oncologie est envisagée dans un contexte plus large qui est celui des "soins supportifs". Dans le cadre du Plan Cancer puis dans la circulaire n° DHOS/SDO/2005 /101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, les soins de support représentent : la douleur, la fatigue, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle, les difficultés sociales, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, les troubles respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs et les handicaps, les problèmes odontologiques, et l'accompagnement de fin de vie des patients ainsi que de leur entourage.

De nombreux acteurs sont ainsi mis à contribution avec et autour du malade. Le succès d'une telle action passe par la mise en commun des connaissances de tous, des énergies et des talents de chacun. Face à la douleur de la maladie, la médecine est nécessaire mais non suffisante. La douleur apparaît au confluent d'une sommation de problèmes d'ordre somatique, réelle ou sans épine irritative, au sein desquels se décharge l'angoisse. Celle-ci est d'ordre psychologique tenant à la personnalité du patient, à son histoire et à sa culture. Elle peut être d'ordre événementiel avec déstabilisation lorsque les défenses sont débordées. Elle tient compte de l'environnement avec des facteurs d'ambiance ou d'influence au niveau familial, professionnel ou social. C'est donc dans une dimension biopsychosociale qu'il convient d'envisager l'expérience douloureuse des patients [7]. La maladie cancéreuse reste longue et douloureuse même si le caractère inéluctablement létal doit être modéré. Elle va demander des efforts soutenus de la part des soignants qui, s'ils n'y prennent pas garde, risquent de se faire déborder par une empathie excessive et présenter progressivement tous les signes d'épuisement professionnel : « *souffrir à force d'aider celui qui souffre* » tel est souvent le lot des professionnels de santé en oncologie. Mais face au job burnout potentiel, il existe une parade possible : éviter l'isolement, s'unir entre soignants, rechercher le soutien social dans toute ses dimensions.

Enfin, toutes ces actions sont soutenues par les pouvoirs publics qui ont su établir un plan cancer national de grande envergure (Plan Cancer 2003–2007 : http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/cancer/plaquette_cancer.pdf) et dont les résultats publiés montrent que les succès sont sensibles.

« *Bien que le monde soit plein de souffrance, il abonde aussi de moyens pour la contrôler* » (Helen Keller, 1880-1968).

Bibliographie

1. Oppenheim, D., Hartmann, O., & Dauchy, S. (2008). La relation médecin-malade en oncologie : comment prévenir et résoudre certains conflits ? *Bull Cancer*, **95**, 27-32.
2. de Sade, D.A.F. *Les Cent Vingt Journées de Sodome ou l'École du libertinage*. Manuscrit : 1785. Première édition : 1904.
3. Guedj, C. (2002). *Ces mots qui nous consolent*. Paris : Éditions Lattès.
4. Beck, F., Peretti-Watel, P., Gautier, A., Guilbert, P. (2006). Regards sur le cancer : représentations et attitudes du public. *Évolutions* (résultats d'études et de recherche en prévention et en éducation pour la santé, n° 4, décembre).
5. Pierron, J.P. (2007). Représentations du corps malade et symbolique du mal : maladie, malheur, mal ? *Psycho-Oncologie*, **1**, 31-40.
6. Tremblay, P. & Garnier, C. (2005). Représentation de la douleur chronique : commentaire à partir des notions de systèmes de représentations et de représentations professionnelles. *Journal International sur les Représentations Sociales*, **2**, 97-99.
7. Ostermann, G. (2003). *Approche soignante de la douleur et image de l'homme*. 17^{ème} journée d'étude, APF formation. Paris 21-23 janvier 2003.
8. Étude des registres du Réseau Francim (2007). *Survie des patients atteints de cancer en France*. Paris, Éditions Springer, 406 p.
9. Institut de Veille Sanitaire (2007) *Surveillance des cancers en France : état des lieux et perspectives en 2007*. Numéro spécial n° 9-10.
10. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (recommandations pour la pratique clinique). *Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer 2003. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte* (<http://www.sor-cancer.fr/>).
11. American Pain Society (2003). *Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain*. 5th ed. Glenview, IL.

12. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (recommandations pour la pratique clinique). *Douleur et cancer : Prévenir et soulager la douleur tout au long de la maladie.*