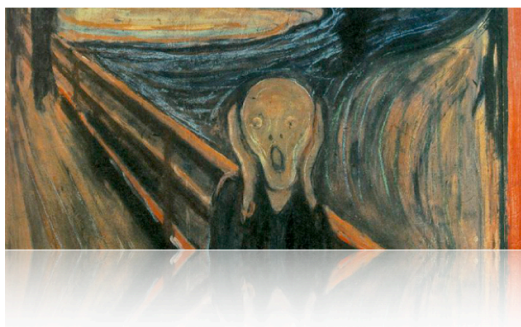


## Bienvenue Travaux Personnels Encadrés 2009



Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un travail scolaire, les T.P.E  
(Travaux Personnels Encadrés) durant l'année 2008 / 2009,  
Par Aurélie Ledhé, Agapé Robin et Morgane Soloweff.

- > **Thème** : L'homme et la nature
- > **Sujet** : La douleur et sa prise en charge
- > **Problématique** : Pourquoi et comment la douleur est-elle prise en charge ?
- > **Matières** : S.V.T et S.E.S

—

Sommaire du TPE :

Introduction  
Par Morgane

I La perception de la douleur  
« Pourquoi la douleur est-elle prise en charge ? »

Le cheminement de la douleur  
Par Agapé  
Les conséquences de la douleur  
Par Agapé  
Anthropologie de la douleur  
Par Morgane  
Le rapport à la douleur  
Par Agapé

II La prise en charge de la douleur  
« Comment la douleur est-elle prise en charge ? »

Chronologie  
Aurèle, Agapé, Morgane  
Bilan de la prise en charge  
Par Aurèle  
Mesurer et soulager la douleur  
Par Aurèle  
Mode de fonctionnement des antidouleurs  
Par Aurèle

Conclusion  
Par Morgane

Annexes  
Par Agapé

Le site a été réalisé par Agapé Robin.  
Les images ont été modifiées par Agapé Robin.  
La réglette prise en photo a été gentiment rapportée par Aurélie Ledhé.

**Note** : Les sources, les sources des images, le lexique, les synthèses et une version pdf du site sont consultables dans la partie Annexes.

[Introduction](#)



## Introduction

Dans le but de répondre à l'objet d'étude « L'homme et la nature » qui nous était proposé, nous vous présentons le résultat de nos recherches sur la douleur.

La douleur, du latin « dolere », (frapper), est une **sensation universelle**, tous les êtres vivants vivent au quotidien avec la douleur. Des plus bénignes (éraflures, brûlures,...) aux plus handicapantes (douleurs prolongées lors d'un cancer, migraines...), les douleurs font appel à des mécanismes plus ou moins complexes désignés par le terme de "nociception". Extrêmement désagréable, voire insupportable, il s'agit d'abord d'un message nerveux perçu par l'organisme lors d'un stimulus dit nociceptif. Elle correspond à un **signal d'alarme** face à une atteinte à son intégrité physique mais la douleur n'a pas seulement un aspect somatique, elle peut aussi avoir des causes **psychiques**. C'est pourquoi la définition adoptée par l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur (IASP) proposée par Merskey en 1979 la décrit comme une « *sensation désagréable et expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion.* ». La douleur est donc une sensation "banale" ; alors, **pourquoi** est-elle prise en charge ? La douleur est une expérience subjective : elle est propre à chaque individu. Les origines de la douleur sont multiples : elle peut être physique, ou psychologique, faire entrer en jeu divers mécanismes.. ce qui nous a amenées à nous demander ; **comment** la douleur est-elle prise en charge ?

Qu'est ce que la douleur? Ses mécanismes physiologiques? Comment est elle vécue? Telles sont les interrogations fondamentales qui constituent la première partie de nos recherches.

La douleur est aujourd'hui prise en charge : Comment ? Depuis quand ? La prise en charge actuelle est-elle satisfaisante ? Nous essayerons d'y répondre dans la seconde partie.

[> Première partie : La perception de la douleur](#)

## La perception de la douleur

L'objectif de cette première partie est de répondre à la problématique : "**Pourquoi** prendre en charge la douleur ?"

Sommaire de la partie **Perception de la douleur** :

- Le cheminement de la douleur
- Les conséquences directes de la douleur ; physiquement, mentalement, socialement.
- Anthropologie de la douleur
- Le rapport à la douleur

Si la douleur est universelle, on distingue **plusieurs types de douleurs**, que l'on peut classer selon leur mécanisme ou leur durée.

On différencie d'abord la douleur aiguë de la douleur chronique :

La **douleur aiguë** est une douleur vive, immédiate, et généralement brève : c'est une douleur "signal", elle est utile, protectrice. Elle est causée par une stimulation nociceptive unique, mécanique ou thermique, comme un coup ou une brûlure.

La **douleur chronique** est une douleur permanente qui peut durer aussi bien plusieurs jours que plusieurs années, et récurrente. Médicalement, une douleur est dite chronique si elle s'installe sur plus de trois mois. Elle est insupportable tout autant pour sa chronicité que par son intensité : une douleur faible mais permanente peut être très difficile à vivre, et ce type de douleur a souvent des conséquences physiques et psychologiques. Elle a souvent une multitude de causes. La douleur chronique est considérée inutile et destructrice, d'autant plus qu'elle n'agit pas comme un signal.

La douleur peut être provoquée par un traumatisme ou une maladie, mais aussi par un mauvais fonctionnement du système nerveux responsable de sa transmission. D'un point de vue médical, on distingue, selon leur mécanisme, trois types de douleurs : la douleur par excès de nociception, les douleurs neuropathiques (ou neurogènes), et les douleurs psychogènes.

On rencontre dans les situations de douleur aiguë, comme les traumatismes ou les brûlures, ou encore lors de douleurs chroniques, comme les rhumatismes ou le cancer, les **douleurs par excès de nociception**. Elles résultent d'un excès de stimulation nociceptive dû à une stimulation mécanique, thermique ou chimique intense. La douleur est proportionnelle au stimulus. Ces douleurs sont facilement contrôlables, les traitements analgésiques sont efficaces.

La **douleur neuropathique ou neurogène** s'oppose à la douleur nociceptive par son mécanisme central. Elle est due soit à la compression d'un nerf, par exemple dans le cas d'une hernie discale, soit à la présence de lésion nerveuse : on parle de désafférentation. La douleur neurogène est ressentie comme des décharges électriques, des élancements, des brûlures et des picotements dans le territoire des nerfs atteints. C'est aussi la douleur que ressentent les malades amputés dans un membre qui a disparu (membre fantôme). Les traitements de ces douleurs sont difficiles et souvent inefficaces.

Certaines douleurs n'ont aucune cause physique. Ce sont les **douleurs idiopathiques, ou psychogènes** : la cause est psychologique, la douleur exprime physiquement un trouble émotionnel, comme une dépression.

[> Page suivante](#)

## La perception de la douleur

### Le cheminement de la douleur

Le chemin de la douleur emprunte celui du réseau neuronal nociceptif, au travers de la moelle épinière et vers le cerveau.

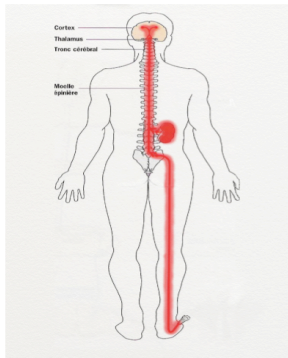


Schéma du trajet de la douleur, avec stimuli périphérique et viscéral. >Document d'origine

La douleur est détectée par des **récepteurs de la nociception** (du latin "nocere" nuire) qui transforment le stimulus en influx nerveux douloureux. Ces nocicepteurs sont des **terminaisons libres très peu myélinisées** de neurones sensoriels. La peau est tapissée d'au moins six cents de ces terminaisons libres par centimètre carré, ce qui permet une grande précision dans la localisation de la douleur, contrairement aux autres parties du corps (on ressentir une douleur diffuse au ventre par exemple). Chaque nocicepteur ne répond pas à tous les stimuli douloureux, il en existe différents types.

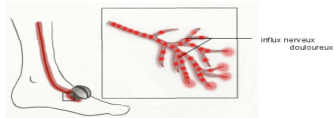


Schéma d'une terminaison libre >Source

Les nocicepteurs dits **mécanonocicepteurs**, répondent uniquement à des stimuli intenses de nature mécanique, comme un pincement, une coupure. Ce sont ceux localisés dans la peau.

Le second type de récepteur répond à des stimulations mécaniques, mais aussi thermiques (une chaleur supérieure à 45°), et chimiques : lors d'une lésion tissulaire, ces récepteurs dits **polymodaux** sont activés par différentes substances qualifiées d'algogènes. On en distingue trois groupes : d'abord les ions hydrogène  $H^+$  directement issus de la lésion. La bradykinine, les prostaglandines, l'histamine et la sérotonine sont libérées par les mastocytes. La dernière substance  $TRP$  (comme pain, douleur en anglais) est libérée par les nocicepteurs eux-mêmes (la substance libérée dans la fente synaptique excite le neurone post-synaptique).

L'information détectée par les nocicepteurs est ensuite relayée par des fibres nerveuses : les **fibres Aδ** ou **C** dont les corps cellulaires sont localisés dans les ganglions spinaux. Les fibres C sont amyéliniques. La vitesse est donc faible, inférieure à 2 m/s, la sensation douloureuse est perçue quelques secondes après stimulation. Les fibres C sont associées aux nocicepteurs polymodaux. Au contraire les fibres Aδ sont spécifiques des mécano-nocicepteurs, et sont faiblement myélinisées. La vitesse de conduction de l'influx y est élevée, jusqu'à 30 m/s. La douleur est presque immédiatement ressentie.

L'information nociceptive arrive au niveau de la **moelle épinière** par les racines dorsales : dans la substance grise, le message électrique est transmis par les synapses, à un deuxième neurone, le neurone spino-thalamique. Ce neurone chemine dans la substance blanche de la moelle épinière jusqu'au thalamus.

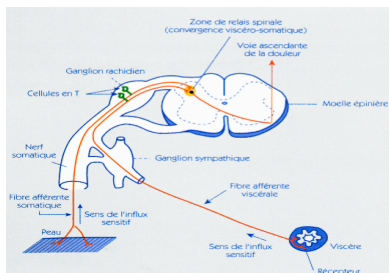


Schéma du trajet de la douleur vers la moelle épinière >Document d'origine

L'influx nerveux parvient au cerveau par le thalamus et le cortex cérébral, où l'information est intégrée, ce qui engendre la prise de conscience et la localisation de la douleur. L'information peut aussi aboutir à la formation réticulée, ce qui modifie le rythme cardiaque, la tension artérielle et la respiration par exemple. La donnée est copiée et mémorisée au niveau du système limbique. C'est alors que le système inhibiteur peut être activé (endorphines).

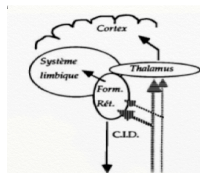


schéma du trajet de l'influx nerveux dans le cerveau >Source  
C.I.D. = contrôles inhibiteurs descendants

Quelles sont les conséquences biologiques, et psychologiques de la douleur sur un individu qui souffre, en particulier dans le cas de douleurs chroniques ?

> Page suivante

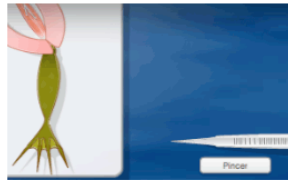
## La perception de la douleur

Les conséquences directes de la douleur ;  
physiquement, mentalement, socialement.

Biologiquement, la douleur peut déclencher directement des mécanismes physiologiques de natures différentes.

Ainsi, la souffrance peut être inhibée par le corps, mais aussi provoquer des malaises voire le **coma ou la mort**, dans les cas où la douleur est insoutenable, à tel point que le corps est obligé de se mettre en "pause" et même de s'arrêter.

Une douleur très brève (pincement, coup, brûlure) déclenche un réflexe, un mouvement de retrait. Dans ce cas, la douleur fait office de signal d'alarme face à une agression, ce qui permet de supprimer la cause de cette douleur, et d'en **limiter les conséquences**. Or au contraire, une douleur persistante qui accompagne une maladie ou une blessure grave, peut entraver la guérison !



Un réflexe suite à un pincement >[Source](#)

Une douleur violente et qui dure plusieurs heures peut être responsable de troubles qui la rendent encore plus difficile à supporter. En stimulant les nerfs vagues, la douleur peut provoquer un malaise vagal, qui se traduit par une grande sensation de faiblesse, de malaise à venir, une voile devant les yeux, des acouphènes, des bouffées de chaleur, des nausées, des sueurs, une respiration forte, des maux de tête, voire la perte de connaissance.

Mais le corps est heureusement capable d'inhiber la douleur durant un certain temps grâce des neurotransmetteurs appelés endorphines. Ces molécules, qui sont constituées d'acides aminés sont synthétisées au niveau des nerfs proches du siège de la douleur. En présence d'**endorphine**, Le neurone post-synaptique est inhibé : la sensation de douleur est moindre.

---

La douleur est toujours vécue ou perçue comme une injustice, comme une expérience négative intolérable.

La souffrance peut complètement **détruire** un individu : c'est d'abord une agression intense et insupportable du corps qu'il faut soulager. Dans les cas où la douleur est récurrente (douleurs chroniques, opérations), elle **envahit totalement l'esprit** du sujet souffrant qui se focalise sur sa souffrance.

François Calay, un grand brûlé, témoigne sur son [site](#) : « *Malheureusement, mon seuil de douleur physique est trop souvent dépassé. Survivre sans douleur est alors ma seule préoccupation. On peut donc considérer dans ce cas que je suis 'écrasé' par ma souffrance.* »

Socialement, la personne qui souffre **se coupe du monde** ; honteuse, elle s'isole, se cache ou se rend insupportable aux autres. La douleur peut affaiblir un individu au point de l'empêcher d'exécuter des tâches quotidiennes, et en particulier d'exercer son métier, ce qui entraîne une **marginalisation** très difficile à supporter. Enfin, l'excès de souffrance peut rendre la vie intolérable au point d'espérer la **mort**.

Or la douleur peut, lorsqu'elle a diminué, donner une nouvelle vision de la vie à cette personne, qui est plus ouverte, moins égoïste, et profite de la vie : « *Mais si la souffrance reste en-dessous de ce seuil, il peut se passer des choses étonnantes et très belles : je suis alors capable d'avoir un contact, une écoute, une ouverture vers autrui, une véritable compassion pour l'autre ...* »

La douleur est-elle perçue de la même manière par tous les individus dans le monde, ou les influences culturelles peuvent-elles modifier la conception de, et les réactions face à la douleur ?

> [Page suivante](#)

## La perception de la douleur

### Anthropologie de la douleur

L'anthropologie de la douleur ou l'influence de l'appartenance culturelle et religieuse sur le vécu douloureux et les modes d'expression de la douleur a déjà fait l'objet de plusieurs investigations sur lesquelles nous nous sommes appuyées, notamment de la part de Mark Zborowski et de David Le Breton. Nous verrons dans un premier temps l'influence de la culture et de l'éducation puis celle de la religion sur la façon dont les peuples appréhendent la douleur.

Mark Zborowski fut l'un des premiers à se pencher sur la question, il mena ses recherches dans un hôpital des Etats-Unis où il s'intéressa à plusieurs patients confrontés à la douleur et ayant des **origines ethniques différentes** : italiennes, juives, irlandaises et les old Yankees (ce sont des Américains de longue date le plus souvent protestants). Durant cette étude, il observa malgré quelques similitudes une grande **diversité** dans les comportements des patients, face à la douleur ; ainsi les **Juifs comme les Italiens se plaignaient volontiers et réclamaient leurs proches** auprès d'eux alors qu'à l'inverse, **Irlandais et old Yankees** avaient plutôt tendance à **s'isoler de leurs proches, à ne pas se plaindre** et à cacher leur souffrance le plus longtemps possible... Bien qu'un trait de caractère réunissait Italiens et Juifs, on notait tout de même une différence dans la réaction de chacun face à la disparition subite de la douleur, alors que les premiers ressentaient un réel soulagement, les seconds, eux, s'inquiétaient des causes de cette disparition soudaine et de ses effets à long terme. De même, le tempérament des Irlandais et des old Yankees différait quelque peu : alors que les old Yankees conservaient leur optimisme lors de l'épreuve, les Irlandais tendaient à sombrer dans la tristesse et l'inquiétude. Bien que ces affirmations soient assez caricaturales et discutables, Mark Zborowski a tout de même le mérite d'avoir, grâce à sa recherche, attiré l'attention des hommes sur la « **variabilité culturelle des modèles de conduite quant au vécu douloureux** ».

Le rapport à la douleur peut aussi être **conditionné par la tradition**, prenons l'exemple des Bariba du nord du Bénin et du Nigeria ; ce peuple est réputé pour son absence de réaction à tout stimulus douloureux. Que ce soit lors d'un accouchement, à la suite d'une profonde entaille ou d'une simple égratignure, un « vrai » Bariba ne ressent ou plutôt n'exprime pas sa douleur... Cette autant étrange qu'incompréhensible conception de la douleur, pour nous Européens, a d'ailleurs fait l'objet d'une étude ethnologique. Celle-ci révéla que chez les Baribas manifester une quelconque preuve de souffrance est un signe de lâcheté et suscite la honte. En cas de blessure grave ou d'accident, le meilleur comportement est l'indifférence, l'absence manifeste de réaction... là bas les femmes accouchent seules et ne peuvent manifester aucun signe de gêne ou de malaise. En fait **la douleur est un sujet tabou** et il n'existe d'ailleurs que **peu de mots dans la langue bariba pour en parler**.

Un autre exemple dans le sud-ouest de la Tanzanie ; un ethnologue raconte que dans la société qu'il étudie, une femme sachant qu'il possède une trousse de secours lui amène son enfant pour un léger « bobo » au pied. La mère comme l'enfant ne semblent pas considérer la blessure avec gravité. Lorsque l'ethnologue délie le bandage de l'enfant, il découvre avec stupéfaction que l'on aperçoit l'os de l'enfant dont le pied ressemble, selon ses termes, à « une masse gélatineuse ». Plus tard, on l'appelle au chevet d'une petite fille souffrant d'une constipation. Ce dernier cas, banal à nos yeux, est considéré comme très grave par les membres de cette société, car la constipation peut être due à une action malveillante, par exemple celle d'un sorcier.

La façon dont les peuples appréhendent la douleur varie aussi selon leur **religion**. Dans la Bible, il est écrit que la douleur est une **punition divine** infligée lors du non respect des dix commandements, des lois « dictées » par le seigneur, mais la tradition chrétienne assimile en revanche la douleur au péché originel. Pour les chrétiens catholiques, la douleur est donc vue comme une punition inévitable qui s'abat sur toute la condition humaine. De plus longtemps pour le chrétien la douleur a été un lien avec le Christ, une façon de partager sa souffrance. Cette conception de la douleur récurrente dans notre culture et causée par le fait que nos sociétés occidentales soient principalement judéo-chrétiennes explique pourquoi très longtemps la douleur est restée sous estimée voir même totalement ignorée. A l'inverse, plutôt que de masquer leur douleur, les musulmans, eux, sont souvent demandeurs de soins comparés aux juifs et aux chrétiens : la douleur n'est pas la sanction d'une faute, elle est prédestinée, inscrite en l'homme bien avant sa naissance. Mais si Dieu a créé la douleur il a aussi donné à l'homme les moyens de la **combattre par la médecine et la prière**. En effet les musulmans n'ont jamais refusé de soigner la douleur leur religion n'en entravant pas la prise en charge. De plus, la médecine est une science connue depuis des siècles. Pour les orientaux, la misère humaine n'est pas le fait d'une punition des dieux, mais de la seule ignorance des hommes. La libération réside dans la révélation grâce à laquelle toute souffrance s'évanouit. Là, la douleur n'est plus ni prédestinée ni due au non-respect des règles, elle est causée par l'**ignorance humaine**. Alors que chez les polythéistes tels que les bouddhistes ou les hindouistes, la religion permet aux hommes de s'affranchir de la douleur par la **spiritualité**.

Ces récits et études nous montre que pour évaluer le plus objectivement possible la douleur, il faut prendre en compte l'origine ethnique et la religion du patient ou, pour un enfant, celles de ses parents. On observe en effet une très grande variabilité des symptômes en fonction de la culture du soigné.

On observe également une **différence entre les sexes**. Déjà, même si les mentalités évoluent, un homme doit se montrer fort, alors qu'une femme peut plus facilement se laisser aller. Ces idées sont inculquées dès le plus jeune âge, un petit garçon qui pleure sera tancé par ses amis (oh la nunuhe...), alors qu'on s'inquiètera pour une petite fille.

Physiologiquement, il existe bien apparemment une différence ; le pouvoir inhibiteur de la douleur semble en effet **moins actif chez la femme que chez l'homme**, met les femmes sont plus sensibles, car leur peau contient plus de récepteurs. De plus, les femmes sont statistiquement plus sujettes à certaines douleurs comme la migraine ou la fibromyalgie ( Cette affection est caractérisée par un état douloureux musculaire chronique, ainsi qu'une fatigue persistante ).

Il y a aussi une différence dans la manière de percevoir psychologiquement la douleur : ainsi les hommes évoquent surtout les **contraintes physiques et sociales** « gêne, fatigue, mauvaise humeur », la solitude et la dévalorisation de soi ; ils se sentent inutiles, ils pensent qu'il sont pitoyables, qu'ils sont un poids pour leur entourage. Au contraire une femme va évoquer plutôt l'intensité de sa douleur, et sa dimensions psychique avec des termes comme « angoisse, insupportable, l'idée de la mort, un poids... ». On observe une plus grande capacité à **verbaliser, et à assumer** la douleur chez la femme que chez l'homme qui peut éprouver plus de difficultés à faire face à la douleur, même si, au final, hommes et femmes éprouvent les mêmes angoisses.

Finalement, comment est vécue la douleur ?

[> Page suivante](#)





# La perception de la douleur

## Le rapport à la douleur

Si la douleur est toujours une expérience négative, son degré d'acceptabilité reste variable selon certains critères comme la **fréquence** (une douleur brève est plus supportable qu'une douleur qui dure), l'**intensité** (on oppose les douleurs superficielles dites banales comme les brûlures, les entorses.. aux douleurs profondes, voire insoutenables), et la **possibilité d'être soulagée** (certaines douleurs sont réfractaires aux traitements).

Le rapport à la douleur est personnel et diffère d'un sujet à un autre. Certains supportent et vivent mieux la douleur que d'autres ; une étude de la SOFRES distingue **quatre attitudes face à la douleur**.

- La première catégorie de sujets, constituée de patients opérés à la suite d'accidents ou de cancers, voit la douleur comme un **combat**. La douleur qui a été soulagée efficacement grâce à l'utilisation de la **morphine**, est oubliée : le patient sort avec un **bilan positif** de sa prise en charge. Ce combat est vécu comme une expérience solitaire, le sujet se tourne vers le **personnel médical** dans sa demande de soulagement.

---

- Les malades qui souffrent d'une **maladie chronique**, et se sont résignés à la supporter le reste de leur vie constituent la deuxième catégorie. La douleur **diminue leurs capacités** physiques : elle les rend incapables de continuer à satisfaire aux exigences **professionnelles et familiales**, ce qui entraîne un sentiment d'angoisse et de doute. L'**entourage** est parfois intolérant avec le sujet, et peut lui demander de prendre sur lui. D'autant plus intolérant que dans ce cas de figure, les malades ne bénéficient que d'un soulagement **limité, lent à agir, et occasionnant des effets secondaires**. Ils s'isolent, deviennent irritables : ils vivent **seuls** leur douleur.

---

- Il existe un troisième type de douleur, vécue comme une **violence** attentée, infligée directement par l'institution médicale. La "victime" éprouve de la **rancune vis-à-vis du personnel médical** qui aurait pu éviter sa souffrance. Il s'agit par exemple d'accouchements où le choix de la césarienne n'a été pris qu'à la suite de longues heures de torture, d'examens invasifs insoutenables sans anesthésie, ou de douleurs post-opératoires non soulagées. La douleur "violence" est toujours intense et insupportable, et perçue comme **inutile**, car elle aurait pu être évitée. Le patient a le sentiment d'avoir en face de lui un environnement médical indifférent à sa douleur, voire odieux : il se sent **victime d'une injustice**.

---

- Le dernier type de douleur est une douleur vécue par des sujets ayant subi des **douleurs profondes** (grands migraineux, victimes d'accidents, opérés lourdement), **dont ils ressentent encore les effets** aujourd'hui. La douleur est ici vécue comme une **malédiction** qui a détruit leur vie. La souffrance est **présente continuellement**, le sujet souffre de crises ou d'opérations à répétition. Ce type d'attitude face à la douleur est très proche du deuxième cas vu au dessus, mais le sujet est complètement terrassé par sa douleur. Il est diminué moralement et physiquement par l'intensité des douleurs qu'il subit et se voit comme un handicapé dont la vie est anéantie. La médecine **ne peut pas le soulager** car il n'existe pas de traitements efficaces, ou la prise d'autres médicaments l'empêche de prendre des anti douleurs dans le cas où cela serait contre-indiqué.

Il faut donc absolument soulager une douleur néfaste. Comment prend-on charge la douleur aujourd'hui ? C'est ce que nous verrons dans la seconde partie.

[> Partie suivante : la prise en charge de la douleur.](#)



## La prise en charge de la douleur

Nous avons vu pourquoi il est nécessaire de soulager la douleur ; l'objectif de cette seconde partie sera de répondre à la problématique : **"Comment la douleur est-elle prise en charge ?"**

---

Sommaire de la partie **Prise en charge de la douleur** :

- ✧ **Chronologie de la prise en charge de la douleur en France**
- ✧ **Bilan de la prise en charge de la douleur en France de nos jours**
- ✧ **Mesurer et soulager la douleur**
- ✧ **Mode de fonctionnement des antidouleurs les plus courants**

Autrefois, pouvoir supporter la douleur était considérée comme une marque de dignité et de courage, mais aujourd'hui, la population ne la supporte plus et exige un soulagement. Pour près de sept français sur dix, la douleur constitue le premier motif de consultation médicale. Les anti-douleurs sont les médicaments les plus vendus :

*Sept des dix produits les plus vendus en officine (classement 2003) sont des anti-douleurs :*

- (1) [DOLIPRANE Antalgique](#)
- (2) [EFFERALGAN Antalgique](#)
- (3) [DAFALGAN Antalgique](#)
- (4) STILNOX Hypnotique
- (5) KARDEGIC Antiagrégant plaquettaire
- (6) LEVOTHYROX Hormones
- (7) [SPASFON Antispasmodique](#)
- (8) [PROPOFAN Antalgique](#)
- (9) [DI-ANTALVIC Antalgique](#)
- (12) [ADVIL Antalgique](#)

Face à cette demande de soins et de prise en charge, quelles ont été les évolutions ?

-

[> Page suivante](#)



## La prise en charge de la douleur

### Chronologie de la prise en charge de la douleur en France

Même avec l'avancée médicale, la douleur a longtemps été considérée **insignifiante, voire totalement inexistante**.

En occident, et en particulier dans les pays catholiques, la douleur est longtemps restée un sujet tabou. Ce n'est qu'en 1957 que le Pape encourage l'utilisation d'antalgiques forts. Pourtant, la médecine a continué à négliger la prise en charge de la douleur, jusque dans les années **1990**, en particulier chez les enfants, les nourrissons opérés sans anesthésie, ou les jeunes enfants opérés des amygdales ou de l'appendicite à qui aucun analgésique n'était prescrit à l'hôpital au réveil, car on pensait que leur système nerveux peu formé ne pouvait pas ressentir la douleur.

En France, la reconnaissance et le traitement de la douleur commencent à s'organiser tardivement dans les années 1975-1980.

C'est seulement en **1975-80** qu'apparaissent les premières consultations de la douleur, qui sont alors **officieuses**. En 1976, une première Association Française pour l'Etude de la Douleur est créée. Elle deviendra, plus tard, la **Société Française de la Douleur (SFD)**, une section de l'International Association for the Study of Pain (IASP) créée 3 ans plus tôt. En 1985, l'enseignement universitaire de la douleur est mis en place pour la première fois. Il sera repris comme modèle dans d'autres pays. Un an plus tard, le ministère de la santé **parle pour la première fois dans un discours officiel de la douleur et des soins palliatifs**. La SOFRED, la Société Francophone d'Etude de la Douleur est créée en 1990.

En 1991, la direction générale de la santé réalise un rapport sur « la douleur chronique et les structures spécialisées dans son traitement ». L'année suivante, l'enseignement de la douleur et des soins palliatifs devient **obligatoire dans les écoles d'infirmières**. Une mise à disposition d'un budget de 5 millions de francs, soit environ 760 000 euros seulement, pour la prise en charge de la douleur a été versée en 1994. De 1995 à 1998, diverses actions ont été réalisées pour la même cause, mais nous n'en retiendrons que **l'obligation pour les médecins de soulager les souffrances** en toutes circonstances et d'accompagner les mourants.

A partir de 1998, le gouvernement lance successivement des plans de lutte contre la douleur. Le **plan triennal de lutte contre la douleur**, par le ministre de la santé de l'époque Bernard Kouchner, consiste surtout à écouter le patient, former des professionnels afin de mieux évaluer ou traiter la douleur, ou encore à informer le public. La philosophie de ce programme pouvait se résumer ainsi : "La douleur n'est pas une fatalité". Même si on constate quelques avancées, **le bilan est négatif** à l'issue de ces trois ans de lutte contre la douleur : la campagne d'information est passée inaperçue, la morphine est toujours classée comme stupéfiant, les centres anti-douleurs sont dans un état précaire.

En 2001, lancement d'un **programme national de lutte contre la douleur pour 2002-2005** : ce plan est dit quadriennal car, en plus de poursuivre les actions déjà menées par le plan précédent, trois nouvelles priorités sont dégagées : 1- Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie 2- Mieux prendre en charge la douleur de l'enfant 3- Reconnaître et traiter la migraine

Le bilan de ce programme est plutôt positif : en 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît le soulagement de la douleur comme un **droit fondamental** de toute personne et en 2004, le rapport relatif à la santé publique inscrit la lutte contre la douleur parmi les cent **objectifs de santé publique** pour les cinq prochaines années, même si on constate toujours des inégalités dans la prise en charge de la douleur qui varie selon l'établissement de santé.

C'est aussi pendant cette période que des fiches pédagogiques sur la douleur seront publiées, "La douleur en question".



Société d'Etude et de Traitement de la Douleur  
Ministère de la Santé et de la Protection sociale

[>Source](#)

La dernière action réalisée pour cette lutte a été le lancement du « **Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur** », en **2006**, qui s'étalera sur quatre ans. Quatre axes ont été définis :

- 1- L'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie.)
- 2- La formation renforcée des professionnels de santé,
- 3- Une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques (médecines douces),
- 4- La structuration de la filière de soins.

Pour ce plan, le gouvernement a donné 27 millions d'euros, soit **36 fois plus** que le budget à la douleur de 1994.

De 1975 à aujourd'hui, nous pouvons constater une nette évolution de la prise en charge de la douleur en France : la prise en charge de la douleur est devenue un réel problème d'éthique, et l'une des premières préoccupations du ministère de la santé.

Quel est le bilan actuel de cette évolution ?

[> Page suivante](#)

## La prise en charge de la douleur

Bilan de la prise en charge de la douleur en France de nos jours

Aujourd'hui en France, le bilan de la prise en charge de la douleur est très mitigé. D'une part, car la douleur est perçue comme secondaire, ce qui entraîne un sentiment d'insuffisance dans la prise en charge médicale. La médecine semble être indifférente à la souffrance, les malades sont donc frustrés de l'attente d'un soulagement qui selon eux devrait être rapide et efficace puisque la médecine est débouteillée.

De plus, la prise en charge et les traitements actuels ne sont pas toujours efficaces : la surmédicalisation et les effets secondaires rendent l'autre plus difficile de supporter la douleur. La morphine porte toujours une image de danger, de dépendance, d'abus de son utilisation dans les hôpitaux malgré ses vertus analgésiques. Cependant, il faut noter une volonté d'information, d'écoute, et de compréhension, ainsi que l'existence d'un certain antidouleur spécialiste, qui rendent une évolution dans le domaine. Les tentes de lui qui traitent de la douleur se multiplient, ce qui prouve que la prise en charge de la douleur devient une composante majeure de la politique de santé.

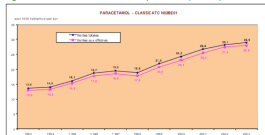
« La charte du patient hospitalisé » : Au cours de ses traitements et des soins, la prise en compte de la dimension structurelle, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout traitement doit se voir des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients ou le soulagement et malgré une réponse dans un délai d'habituel. L'existence des connaissances scientifiques et techniques permet d'espérer, dans la quasi totalité des cas, une réponse aux douleurs. (...) les villes sont réservées par des enfants, des adultes ou des personnes en fin de vie. »

« La charte de l'attente hospitalière (SACD, 1988)

Article 4 : On attend tout traitement ou traitement qui n'est pas indispensable. On évite de réduire au minimum les agressions physiques ou endocriniennes et la douleur.

Même si ce ne sont pas les seuls progrès observés, les médicaments sont de plus en plus nombreux et efficaces : on observe une augmentation importante de la consommation d'analgésiques depuis vingt ans, et les moyens techniques scientifiques se développent. Il existe désormais 91 unités de soins palliatifs en France (chiffres de 2007). Malgré cela, la situation de la France est délicate par rapport aux pays voisins où l'impact humain et psychologique est mieux pris en charge.

Figure 41 : Evolution du nombre de DDJ de paracétamol (N02B01)



Unités vendues aux officines

Année	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
N02B01	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B02	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B03	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B04	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B05	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B06	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B07	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B08	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B09	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B10	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B11	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B12	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B13	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B14	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B15	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B16	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B17	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B18	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B19	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B20	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B21	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B22	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B23	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B24	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B25	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B26	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B27	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B28	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B29	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B30	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B31	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B32	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B33	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B34	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B35	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B36	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B37	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B38	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B39	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B40	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B41	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B42	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B43	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B44	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B45	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B46	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B47	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B48	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B49	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B50	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B51	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B52	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B53	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B54	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B55	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B56	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B57	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B58	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B59	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B60	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B61	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B62	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B63	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B64	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B65	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B66	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B67	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B68	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B69	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B70	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B71	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B72	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B73	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B74	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B75	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B76	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B77	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B78	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B79	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B80	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B81	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B82	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B83	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B84	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B85	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B86	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B87	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B88	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B89	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B90	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B91	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B92	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B93	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B94	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B95	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B96	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B97	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B98	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B99	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B00	100	105	110	115	120	125	130	135

Année	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
N02B01	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B02	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B03	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B04	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B05	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B06	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B07	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B08	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B09	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B10	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B11	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B12	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B13	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B14	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B15	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B16	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B17	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B18	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B19	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B20	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B21	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B22	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B23	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B24	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B25	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B26	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B27	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B28	100	105	110	115	120	125	130	135
N02B29	100	105	110	115	120	125	130	135

## La prise en charge de la douleur

### Mesurer et soulager la douleur

Pour soulager la douleur, il faut d'abord évaluer son intensité.

La douleur est difficilement mesurable, mais la description qu'en fait le patient est le meilleur moyen de l'analyser. Différentes méthodes d'auto-évaluation sont utilisées, la plus employée est l'échelle visuelle analogique, c'est-à-dire que le patient indique lui-même l'intensité de sa douleur à l'aide d'une règle graduée de 0, aucune douleur, à 10, douleur maximale, ainsi que l'échelle verbale simple, qui consiste à proposer à un patient une série d'adjectifs pour qualifier la douleur (absente, faible, modérée, intense, extrêmement intense, et douleur maximale imaginable), qui sont ensuite convertis en une valeur numérique utilisable par le personnel médical.



L'échelle visuelle analogique (photographie)



Une échelle de la douleur pour enfants [Source](#)

La dernière méthode utilisée est l'échelle verbale relative, le principe est le même que l'échelle verbale simple mais on distingue et quantifie séparément les différentes douleurs. Ces techniques peuvent sembler peu développées, mais elles restent les plus fiables. Pour les enfants, on utilise une échelle de visages (au dessus), ou une échelle de jetons. Cette échelle consiste à proposer 4 jetons en énonçant la règle suivante : « imagine que chaque jeton est un morceau de douleur, prends autant de jetons que tu as mal. 4 jetons est la plus forte douleur que tu peux avoir. » Pour les patients qui ne peuvent pas s'exprimer, ou qui ont des difficultés, on étudie leur comportement : c'est une **hétéro-évaluation**. Le médecin remplit un questionnaire sur l'attitude du patient au repos et face à certains stimuli, ce qui permet de qualifier la douleur, et d'établir son intensité. Les expressions du visage, comme les grimaces ou les crispations, les manifestations sonores comme les cris ou les gémissements, les positions adoptées par l'individu, un changement de comportement, ou le fait de froter ou de soutenir une zone particulière du corps sont les principaux signes que l'on va retrouver dans une grille d'hétéro-évaluation. [Voir une grille d'hétéro-évaluation](#).

La médecine présente une grande diversité de traitements que nous pouvons ranger en sept catégories : les **antalgiques**, comme l'aspirine ou le paracétamol, les **opioïdes** forts tel la morphine, les **médicines douces** ou **parasitiques** comme l'acupuncture ; l'homéopathie ; l'hygiène ; ou encore le yoga, le soutien psychologique ; c'est-à-dire l'école, l'amour, la compréhension ou le réconfort de l'entourage, la **rééducation** (sports, massages, kinésithérapie), les **interventions chirurgicales** et enfin, les **traitements de la migraine**.

La diversité des traitements antalgiques souligne deux choses : la place trop importante occupée par les médicaments par rapport aux médecines douces, et l'insatisfaction des traitements qui entraîne une augmentation des approches thérapeutiques.

Malgré cette grande diversité de traitements, aucun ne semble réellement satisfaisant aux yeux des patients.

#### Les antalgiques :

De terme vient du grec « an », privatif, et « algos » douleur. Ces médicaments, qui permettent d'**atténuer la douleur**, peuvent aussi être appelés **antalgiques** dans le cas où ils la suppriment totalement. Les antalgiques peuvent être administrés soit par voie orale, par injections intramusculaires ou encore par intraveineuses.

Les antalgiques sont des traitements banalisés, les effets secondaires et les difficultés à soigner de grosses douleurs dévalaient cette catégorie de traitements. Mais ce n'est pas la seule catégorie, et même si la médecine douce est une alternative à la médecine « école », qu'il n'y a aucun effet secondaire, et qu'un report différent est établi avec son corps pour affronter la maladie, cette méthode ne couvre que les « petites » douleurs. La morphine semble encore être le seul traitement à pouvoir combattre les « grosses » douleurs car son efficacité et son soulagement rapide apportent un aspect sécurisant au patient. Les réticences à prescrire la morphine à cause de la dépendance qu'elle pourrait causer ont longtemps empêché les médecins de calmer les douleurs les plus fortes. Elle peut être donnée en sirop, en comprimé ou par injection. Dans certains cas, une "pompe à analgésie continue" permet au patient de s'administrer lui-même la quantité dont il a besoin (selon un maximum fixé par le médecin).



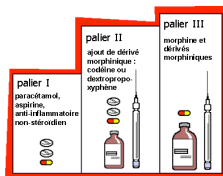
La pompe à morphine délivre l'antidouleur dès que le patient en a besoin. [Source](#)

Les antalgiques ou antalgiques sont classés en **trois catégories** selon leur puissance. Ce sont les trois paliers décrits par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le **palier 1** pour les douleurs légères à modérées : l'aspirine, le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, par exemple l'ibuprofène. La plupart des médicaments du palier 1 peuvent être achetés sans prescription médicale (mais pas ceux des autres paliers), et un même médicament peut être vendu sous différentes marques. Pour que le traitement soit efficace, il faut respecter les doses et horaires prescrits par le médecin. Mais il y a des effets secondaires. En cas de surdosage de paracétamol prolongé par exemple, ou d'irritation par prise unique supérieure à 10 g, il y a un risque de nécrose hépatique. L'aspirine, aussi appelé acide acétylsalicylique, est un antalgique et anti-inflammatoire. Cette molécule est très efficace lors de douleurs osseuses, par exemple. Elle existe sous de nombreuses présentations orales et aussi sous forme injectable. Le paracétamol, quant à lui, est le métabolite actif de la phénacétine. La prise maximale de ce médicament est de 6g par jour en 4 prises. Il peut être vendu seul ou associé à d'autres principes actifs. Enfin les AINS inhibent la cyclo-oxygénase et donc la synthèse des prostaglandines. En plus de leurs effets anti-inflammatoires, ils ont une action antalgique qui relève de leur effet périphérique mais aussi d'une action antalgique au niveau des structures nerveuses centrales.

Le **palier 2** pour les autres douleurs plus importantes : les antalgiques opioïdes faibles comme la codéine, la nalbuphine, le tramadol dérivé de l'opium et de la morphine. Il existe un risque d'exposition à la dépendance physique.

Le **palier 3** pour les douleurs très intenses : les antalgiques opioïdes forts, c'est à dire la morphine et ses dérivés. Ils ont les mêmes caractéristiques et mode d'action que ceux du niveau 2 mais sont plus puissants. La morphine est active quelle que soit sa voie d'administration, y compris orale, et est dégradée dans l'organisme au niveau hépatique avec production de plusieurs métabolites dont la morphine-6-glycuronide (M6G) qui a une action antalgique plus marquée que celle de la morphine. La vitesse de disparition de la morphine est plus ou moins rapide selon la voie d'administration. L'efficacité maximale est atteinte en :  
- 20 minutes par injection intra-veineuse,  
- 30 à 60 minutes après injection intra-musculaire,  
- 45 à 60 minutes après injection sous-cutanée.  
La durée de l'analgésie est d'environ 4 à 6 heures après administration par voie orale, intra-musculaire, ou sous-cutanée. Par la voie intra-veineuse, il est préférable de réaliser une administration progressive, appelée « titration ». En pratique, on injecte toutes les 5 à 10 minutes de petites doses de 1 à 3 mg qu'au soulagement, cela permet aussi de réduire les effets secondaires.



Les paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé [Source](#)

La prescription des antalgiques se fait principalement par ordre croissant, sauf pour quelques cas exceptionnels. En premier, l'aspirine et le paracétamol, en deuxième, les morphiniques mineurs et enfin, les morphiniques majeurs. Les antalgiques certains ne sont délivrés que sous prescription médicale. Pour certaines douleurs, même très intenses (forte de migraine, douleurs liées à une atteinte neurologique, douleur psychogène...), les médecins ne donnent pas de morphine ou de morphiniques (qui sont inefficaces ou dangereux dans ces indications) : ils proposent alors d'autres molécules ou d'autres solutions.

Comment agissent les différents antidouleurs dans le corps ?

[> Page suivante](#)

## La prise en charge de la douleur

### Mode de fonctionnement des anti-douleurs

Où agissent les différents traitements ?

On distingue les antalgiques de périphérie et les antalgiques centraux :

- Les antalgiques de périphérie, tels que l'aspirine ou le paracétamol, inhibent la fabrication des prostaglandines E2 qui sont libérées par l'inflammation due au choc et sensibilisent les récepteurs de la douleur. Leur action est dite périphérique car ils agissent au niveau de l'inflammation, et non au niveau du système nerveux. La synthèse des prostaglandines a lieu lorsque l'acide arachidonique libéré par l'inflammation se fixe sur une enzyme, la cyclo-oxygénase (ou COX). Les antalgiques de périphérie comme l'aspirine (en jaune) vont se substituer à l'acide arachidonique (en bleu) au niveau de la COX ; il n'y a donc pas création de prostaglandine.



Schéma de l'inhibition de la production de prostaglandines par l'aspirine. >Source original

La prostaglandine ne fait que stimuler la sensation douloureuse déjà présente ; c'est pourquoi les antalgiques ne peuvent qu'atténuer la douleur, et non la supprimer.

Les antalgiques centraux, opioïdes proches de la morphine, agissent sur le système nerveux central, c'est-à-dire la moelle épinière et le cerveau. Ils appartiennent aux paliers 2 et 3. Notre organisme utilise naturellement des substances similaires aux opioïdes, il s'agit des endorphines, des enképhalines et de la dynorphine, pour simplifier, on les appelle les opioïdes endogènes. Ces molécules modulent les réactions aux stimuli douloureux, régulent les fonctions vitales, comme la faim et la soif, et interviennent dans le contrôle de l'humeur par exemple. Ces antalgiques centraux agissent de la même manière que les endorphines, c'est-à-dire qu'ils bloquent le flux douloureux au niveau du cerveau ou de la moelle épinière. La famille des opioïdes regroupe tous les médicaments produits à partir de l'opium ou ayant les mêmes effets, comme la morphine. La morphine appartient au palier 3, ce qui correspond à un médicament servant à traiter des douleurs intenses. Elle se fixe sur les récepteurs opioïdes, ce qui déclenche un contrôle inhibiteur, de la même façon que les neurotransmetteurs comme les enképhalines dont elle a une structure semblable.

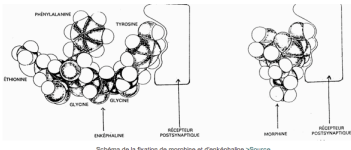
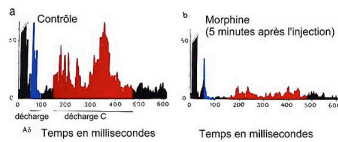


Schéma de la fixation de morphine et d'enképhaline >Source

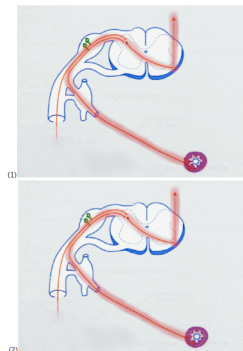
Ce contrôle inhibiteur est clairement démontré par l'absence de signaux électriques enregistrés au niveau des cellules spinot-thalamiques lors de la mise en jeu des fibres C.



Signaux électriques perçus dans les nerfs spinaux avant et après injection de morphine, durant l'application d'un stimulus douloureux. >Source

Les récepteurs opioïdes sont situés sur les terminaisons axoniques des fibres C, au contact synaptique entre deux neurones, au niveau de la moelle épinière et du tronc cérébral. La morphine remplace les mécanismes contre la douleur déjà présents dans notre corps pour une action plus puissante, mais il y a des effets secondaires comme les vomissements, ou le risque de dépendre de la morphine.

En résumé : l'aspirine et les AINS (1) atténuent la douleur en stoppant la synthèse de la prostaglandine, les opioïdes (2) bloquent le stimulus au niveau central.



Animation de l'action des antalgiques du palier 1 (1) et de la morphine (2). >Source : Doctissimo

Il existe aussi les co-analgésiques qui favorisent l'action des antalgiques ou qui agissent sur la cause de la douleur, comme les antidépresseurs. Les antidépresseurs ont des propriétés analgésiques en plus de leur action antidépresseive, ils sont utilisés pour traiter le fond douloureux, comme les picotements ou les fourmillements.

> Conclusion



## Conclusion

Biologiquement parlant, la douleur est une information captée par des terminaisons nerveuses libres de nocicepteurs et intégrée au niveau du thalamo-cortex ce qui, en soit et expliqué en ces termes, est assez simple à comprendre, mais le plus complexe dans cette notion de douleur est finalement le facteur humain. Les réactions humaines face à cet événement contingent appelé douleur sont très diverses, alors que certains la combattent et coopèrent avec les médecins, d'autres se renferment et se coupent littéralement du monde. La douleur peut ainsi totalement détruire un individu, par son intensité mais surtout par sa récurrence; dans le cas des douleurs chroniques, soulager la douleur est un devoir du personnel médical. Tous ne vivent pas la douleur de la même façon; si certains parviennent à rebondir, d'autres sont terrassés, mais la souffrance reste aux yeux des personnes qui ont eu à la subir une expérience que rien ne justifie. De plus la culture et la religion d'un individu influent sur le vécu douloureux et les modes d'expression de la douleur ce qui apporte au corps médical de nouveaux paramètres à prendre en compte pour évaluer et soigner la douleur. Une prise en charge adaptée et très au point est donc nécessaire dans notre société actuelle. On sait aujourd'hui que la douleur persistante est inutile, et en plus, elle entrave les facultés de guérison.

C'est pourquoi de nos jours, la médecine avance et tente de trouver de nouveaux traitements plus appropriés plus efficaces les uns que les autres. Depuis une vingtaine d'années, le gouvernement a d'ailleurs investi beaucoup d'argent pour améliorer la prise en charge de la douleur, en lançant successivement trois programmes de lutte contre la douleur. Malgré ces efforts, des progrès restent attendus ; aucun traitement ne semble réellement satisfaisant aux yeux des patients, en particulier à cause des effets secondaires. Ainsi les antalgiques sont maintenant bien connus du public, mais les effets secondaires et leur efficacité réduite les dévalorisent aux yeux des patients. Aujourd'hui seule la morphine reste le traitement de référence des douleurs intenses, alors qu'elle est redoutée pour ses risques de dépendance. La mesure peut se faire de deux manières différentes : directement grâce à l'auto-évaluation, avec la description de la douleur, ou encore à l'hétéro-évaluation, c'est à dire l'étude du comportement pour les personnes qui ne peuvent pas s'exprimer ou éprouvent des difficultés à le faire. L'ensemble de la population n'est pas malheureusement toujours pas égale face à la prise en charge de la douleur, les centres anti-douleurs peuvent être très éloignés, et les plus riches ont un choix plus vaste de traitements. Il y a donc des efforts à faire, même si le gouvernement fait de ce combat l'un des plus importants de la santé publique : le personnel reçoit des formations spéciales, on hésite moins à utiliser les opiacés, et les prescriptions de médicaments sont organisées selon leur puissance. Et aujourd'hui, la douleur n'est plus toujours une fatalité.