



UNIVERSITE DE FORMATION A L'ART MEDICAL

Créer
organiser et développer
une structure anti-douleur

Dr Patrick GINIES

Préface : Dr Alain SERRIE

*A la mémoire
du Professeur Bernard ROQUEFEUIL
et du Docteur Marielle MOULIN*



Auteur

*Patrick Giniès, médecin algologue
au Centre Anti-Douleur, Hôpital Saint-Eloi du CHU de Montpellier,*

*Médecin anesthésiste réanimateur
Responsable du centre d'évaluation et de traitement du CHU de Montpellier
Diplôme d'étude approfondie de philosophie et de psychanalyse
Président du collège national des médecins de la douleur.*

Remerciements

*Au docteur Didier KONG A SIOU
pour ses conseils et son amitié,*

*Au docteur julie BOSVIEL
pour son aide, son travail*

Au docteur Christine RICARD, algopédiatre

A Elisabeth GINIES, médecin anesthésiste algologue

A Madame Christine CELLIER, secrétaire

A mes confrères algologues

Préface

Par le Docteur Alain Serrie

Créer

organiser et développer
une structure anti-douleur

Créer organiser et développer une structure anti-douleur

Sommaire

INTRODUCTION	4
PREMIÈRE PARTIE	5
<i>Création d'une structure anti-douleur</i>	5
1. Sociologie	6
1.1. La société la plus " analgésique " de toute l'histoire	6
1.2. Une prise en charge thérapeutique pour aider chaque logiciel de contrôle.....	7
1.3. Le traitement de la douleur autant éthique qu'économique.....	9
1.4. La douleur n'est plus ce que l'on croyait.....	10
1.5. Les outils pour une pédagogie aux patients douloureux.....	11
1.6. On ne sort jamais de la douleur chronique, on s'y adapte.....	12
2. Anthropologie	13
2.1. Pourquoi un enseignement sur l'évaluation et le traitement de la douleur ?.....	14
2.2. Les réticences vis-à-vis de cet enseignement.....	15
2.3. L'éthique.....	16
2.4. La méthode : Se frotter à plusieurs écoles pour enrichir sa palette d'analyse.....	17
3. Une structure anti-douleur : Pour quel malade ?	17
3.1. Le patient atteint de douleur aiguë	19
3.2. le patient atteint de douleur chronique.....	19
3. Pourquoi créer une unité de traitement de la douleur ?	23
3.1. Motivation administrative : améliorer un établissement.....	23
3.2. Motivation médicale : soulager la douleur des patients.....	24
3.3. Motivation d'un établissement : améliorer son image de marque	25
3.4. Motivation médicale de plusieurs spécialistes : Posséder le label « unité douleur ».....	25
3.5. Motivation économique : diminuer les coûts de santé.....	26
3.6. Motivation économique : faire du profit.....	27
4. Quel type de structure de la douleur puis-je créer ?	28
4.1. L'organisation de la douleur en France selon les recommandations de l'ANAES	28
4.2. Les différentes structures	31

5. Que peut contenir une structure anti-douleur ?	43
Exemple du Centre Anti-Douleur de Montpellier et de son réseau régional	43
5.1. Une unité de consultation externe	43
5.2. Un réseau de correspondants et de référents	44
5.3. La consultation interne à l'établissement	45
5.4. Un secrétariat spécifique	45
5.5. Les médecins vacataires	48
5.6. Un secteur d'hospitalisation	49
5.7. Une unité mobile de soins palliatifs	49
5.8. Une unité technique spécifique	49
5.9. Une activité de pédagogie	50
5.10. Une activité de recherche	50
6. Les médecins du Centre Anti-Douleur	51
6.1. Le coordonnateur de l'équipe	52
6.2. Les médecins anesthésistes	54
6.3. Les neurologues	55
6.4. Les médecins rhumatologues	55
6.5. Les médecins de rééducation fonctionnelle	56
6.6. Les neurochirurgiens	56
6.7. Les médecins psychiatres	56
6.8. Le médecin de relaxation médicale	58
6.9. Les médecins acupuncteurs	59
7. Les infirmières, kinésithérapeutes et aides-soignants du centre anti- douleur	60
7.1. L'infirmière	60
7.2. Le kinésithérapeute	62
7.3. L'aide-soignant	62
8. Le pharmacien et le centre anti-douleur [8, 15, 22, 23]	63
8.1. Le pharmacien d'officine	63
8.2. Le pharmacien hospitalier	64
DEUXIÈME PARTIE :	
Développement et organisation d'une structure anti-douleur	67
1. Le Centre Anti-Douleur en pratique :	
De la lettre d'envoi du généraliste à la lettre de compte-rendu à ce même généraliste ..	68

1.1. Comment adresser un patient à un Centre Anti-Douleur ?.....	68
1.2. Le dossier médical	69
1.3. Adaptation aux conditions locales	70
1. 4. Le CAD en pratique.....	71
2. Le service de douleur aigue	85
2.1. Un modèle pragmatique utilisant les compétences et l'organisation sans modification importante des structures du bloc opératoire.	86
2.2. Un modèle de prise en charge de la douleur par un service spécifique de douleur aigue	86
3. La consultation de la douleur chez l'enfant	87
4. Les unités mobiles de soutien en soin palliatifs : la synergie	90
4.1. Origine du concept.....	90
4.2. A qui s'adressent les soins palliatifs ?	90
4.3. Qui doit réaliser les soins palliatifs ?.....	91
4.4. Les grands principes éthiques	93
4.5. Les principes médicaux	94
4.6. L'évolution actuelle.....	95
5. L'Algologie et les structures ambulatoires : synergie	95
6. La douleur et l'information grand public	96
6.1. A qui s'adresse cette information ?.....	98
6.2. Quelle information véhiculer ?.....	98
6.3. Les expériences réalisées à Montpellier.....	100
7. La douleur et la formation	102
7.1. Diplôme Inter-Universitaire : « Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur »	103
7.2. La Capacité d'Evaluation et Traitement de la Douleur.....	108
7.3. Témoignage d'un médecin	109
8. Structures et institutions de la douleur	112
8.1. IASP.....	112
8.2. SETD	112
8.3. Collège national des médecins de la douleur.....	122

9. Les structures anti-douleur à l'étranger, le parrainage avec les pays du tiers monde . . .	130
9.1. Les USA	130
9.2. Les autres pays européens	131
9.3. Parrainage avec les pays du tiers monde ou pays en voie de développement.	131
10. Les nouvelles voies de la recherche en douleur	132
10.1. L'imagerie en algologie	133
10.2. Les explorations psychologiques	134
10.3. Les éléments sociologiques de la prise en charge de la douleur	135
11. Douleur et évaluation nationale des structures anti-douleurs : le référentiel national	136
12. Centre Anti-Douleur et expertise médico-médicale (l'audit des patients)	138
13. Bénévoles et associations de malades	139
12.1. " Partenaires contre la douleur " à Montpellier	141
12.2. L'AFILDCR	142
CONCLUSION	144
BIBLIOGRAPHIE	145
ANNEXE 2 : <i>Recensement des structures anti-douleur</i>	152
ANNEXE 3 : <i>Consultation au Centre Anti-Douleur du CHU Saint Eloi, Montpellier</i>	160
ANNEXE 4 : <i>Testez votre personnalité</i>	162
ANNEXE 5 : <i>Charte des soins palliatifs et de l'accompagnement</i>	165
ANNEXE 6 : <i>Plan triennal</i>	167
ANNEXE 7 : <i>Plan quadriennal</i>	170
ANNEXE 8 : <i>Universités enseignant le Diplôme Inter- Universitaire</i> <i>« Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur »</i> 173	
ANNEXE 9 : <i>Demande d'accréditation</i>	174
ANNEXE 10 : <i>Universités enseignant la Capacité d'Evaluation</i> <i>et de Traitement de la Douleur</i>	186

Introduction

De l'enfant qui a mal aux dents à la douleur d'un homme atteint d'un cancer, l'histoire de la vie des hommes est souvent jalonnée de cette expérience pénible, si difficile à comprendre et encore plus à expliquer et à accepter la douleur.

Certaines douleurs s'estompent mais d'autres évoluent et la douleur passe de l'état de syndrome aigu à l'état de syndrome chronique. Le syndrome douloureux chronique implique une recherche diagnostique propre, une démarche d'évaluation originale et des techniques thérapeutiques spécifiques qui ne peuvent se réaliser que dans des structures appropriées.

Aussi, dans ce livre, nous essayons de regrouper les différents aspects médico-organisationnels de compétence et de réseaux permettant à toute personne réfléchissant à la prise en charge de la douleur, de puiser les informations utiles.

Le développement des unités anti-douleur en France depuis presque trente ans, est issu de la volonté de quelques équipes appuyée sur une attitude pragmatique.

En effet, il n'existe pas de critères internationalement reconnus, ni sur les patients à confier à ces équipes, ni sur les moyens les plus efficaces pour organiser cette prise en charge.

Bien qu'il n'y ait pas de critères objectifs précis, il se dégage toutefois des grands principes de prise en charge et d'organisation des structures de traitement de la douleur.

Nous aborderons dans une première partie, tous les aspects pratiques et théoriques de la création d'une structure anti-douleur en nous attachant à décrire les besoins des patients, les hommes essayant de répondre à ces besoins, les différentes structures et leur organisation. Puis, dans une seconde partie, nous verrons la structure anti-douleur en pratique et tous les services et organisations autour desquelles elle gravite, ainsi que l'information et la formation universitaire, de même que les moyens de recherche dans le domaine de la douleur et de son évaluation.

PREMIÈRE PARTIE

Création d'une structure anti-douleur

1 Sociologie ⁽¹⁾

1.1. La société la plus "analgésique" de toute l'histoire

Nous pouvons constater que le succès de l'hygiène, de l'éducation et de la médecine a permis d'établir une société qui est certainement une des plus analgésiques auxquelles l'humanité a été exposée. Se rapporter à l'histoire des dernières décennies et encore plus des derniers siècles, nous montre combien tous nos ancêtres ont du souffrir des épreuves physiques de durée et d'intensité incommensurablement plus difficiles à surmonter que celles auxquelles nous sommes exposés actuellement. Pourtant, paradoxalement, le message, les discours, les craintes sur la douleur et sa prise en charge n'ont jamais été aussi riches, du moins en apparence.

Autre paradoxe : des sociétés voisines, dans des pays pas si éloignés de l'occident subissent toujours des conditions de vie proches du Moyen-Âge : chez eux où la douleur est vécue, il n'y a pas de discours aussi généralisé que chez nous sur la douleur.

Ces paradoxes vont nous intéresser car ils permettent de mieux comprendre la souffrance de chaque homme et la façon dont chaque individu et la société la gèrent.

Le discours sur l'analgésie n'est pas une mode passagère

Quand on se plonge dans l'histoire, on voit que de nombreux médecins avaient déjà bien exploré ce champ de la souffrance humaine. Un exemple à Montpellier, un médecin de l'école vitaliste avait déjà décrit en 1710 qu'il existait des douleurs dites de la gravelle (coliques néphrétiques) et des douleurs de la gangrène, mais certains sujets présentaient d'autres formes de douleurs, très intenses qui duraient très longtemps sans qu'aucune explication précise puisse être donnée: « j'appellerai la maladie de ces .sujets disait-il, la maladie douloureuse chronique. »

Ces remarques montraient bien comment certains patients avaient déjà une expression de douleur intrinsèque qui dépassait toute correspondance anatomo-clinique.

A cette époque, l'analgésie si elle n'était pas développée sur le plan pharmacologique aussi intensément que de nos jours, comportait des discours à la fois médicaux et sociaux. Ces discours bien sûr, étaient surtout représentés par la conception théologique de la société et de la place de chaque homme dans cette société. On peut ainsi remarquer que vis-à-vis des souffrances horribles, quasiment bestiales que les individus traversaient dans les siècles passés, il n'y avait pas de plaintes physiques et psychologiques en rapport avec l'intensité de cette altération corporelle. Le danger même que constituaient les actes habituels de la vie, et au premier rang celui d'enfanter était grand puisque suivi d'une mortalité de 30 %.

En effet, la mère ou l'enfant risquait leur vie dans des pourcentages que nous ne pourrions tolérer actuellement. De plus, ces risques vitaux s'accompagnaient de souffrance physique quasiment indescriptible pour notre société actuelle. Cette traversée d'expériences très douloureuses ne pouvait se faire sans un discours analgésique.

Ce discours, c'est par la théologie qu'il allait aider l'homme à traverser ses souffrances.

C'est là où la notion de Rédemption prenait tout son sens dans la mesure où elle donnait un sens spirituel donc humain à une expérience corporelle dégradante et bestiale.

On retrouve les stigmates de cette pensée à travers tous les tableaux dont le plus célèbre est celui présent aux hospices de Beaune. En effet, ce magnifique polyptyque montre comment les individus de la société du XV^{ème} siècle se représentaient les expériences douloureuses qu'ils traversaient.

Dans ces représentations, la logique était grande : en haut Jésus, en bas l'ange Gabriel, à droite l'enfer, à gauche le paradis. Loin de croire à la naïveté de ces représentations, il faut surtout se référer à la puissance évocatrice de ces images et à leur impact sur chaque individu en douleur pour stimuler ses systèmes de contrôle affectif (par une foi sincère) et cognitif (en donnant un sens logique pour l'époque à la souffrance vécue).

1.2. Une prise en charge thérapeutique pour aider chaque logiciel de contrôle

Les médecins spécialistes de la douleur nous ont appris qu'il y avait trois briques élémentaires pour construire une douleur totale.

La première brique est celle de l'hypernociception, c'est celle qui est habituellement comprise immédiatement par le patient. Toute blessure corporelle visible est susceptible d'entraîner un stimulus douloureux perçu immédiatement par le cerveau.

La deuxième brique plus difficile à analyser est la part neurogène de la douleur. Elle se définit comme le fait que toute altération d'un filet nerveux périphérique ou central est susceptible d'entraîner par lui-même un stimulus douloureux. Là, cette douleur n'est plus visible.

Elle n'a qu'un ressenti spécifique (brûlure de fond, décharge électrique associée à des signes d'allodynie et d'hyperalgésie).

La troisième brique toujours présente, souvent réfutée, est la douleur psychogène. Elle n'est plus ce qu'on appelait auparavant une douleur sine materia, sans fondement fonctionnel quasiment "inventée". Elle est en effet issue d'un dysfonctionnement du système nerveux central qui peut aller de la moelle épinière jusqu'au dernier neurone cortical. La nouveauté actuelle est que ces dysfonctionnements commencent à être visibles au même titre que les lésions nociceptives grâce aux caméras à positions et à l'IRM fonctionnelle.

Ces deux derniers examens complémentaires permettent de voir en temps réel le dysfonctionnement du système nerveux central en relation avec un perçu douloureux d'origine psychologique.

Le médecin clinicien se doit devant chaque situation algique de faire la pondération de chacune de ces trois causes élémentaires de douleurs.

Paradoxalement, de la douleur aiguë à la douleur chronique, il y toujours une part nociceptive neurogène et psychogène aux douleurs.

C'est l'art du clinicien de bien les dépister pour lui opposer une attitude thérapeutique adaptée à chacune des causes de douleurs.

Ainsi, il ne restera pas dans l'incompréhension vis-à-vis de l'expression de la douleur.

En effet, si tous les individus du monde perçoivent de façon identique en moyenne la douleur, la façon d'exprimer une réactivité face à cette douleur est variable, d'abord en fonction du cadre social dans lequel elle se développe et surtout eu égard au fonctionnement propre de chaque individu vis-à-vis du contrôle de sa douleur. La douleur est donc un ressenti universel mais déclenche une réactivité personnelle. Heureusement, depuis toujours, la douleur est contrôlée d'abord par des moyens propres à l'individu. Ces moyens ont été explicités par les neurophysiologistes. On peut classer ces moyens sous le terme de logiciels de contrôle. Ils sont, au nombre de trois.

Le premier logiciel se nomme sensitivo-discriminatif. C'est celui qui permet de quantifier et de qualifier la douleur.

Le deuxième logiciel se nomme affectivo-motivationnel. Il est variable en fonction de l'affect de l'individu. Il peut être très efficace puisque dans l'exemple de l'analgésie de guerre on voit certains soldats après avoir sauté sur une mine continuer à marcher plusieurs dizaines voire plusieurs centaines de mètres avec un pied broyé sans qu'aucune émotion douloureuse ne les affecte, certainement mus par un sentiment de peur, de patriotisme ou d'excitation qui est si puissant qu'il neutralise tout stimulus nociceptif. Le troisième logiciel de contrôle se nomme cognitivo-comportemental. Il fait état de l'interprétation instantanée que nous avons d'une douleur grâce à la comparaison avec d'anciennes expériences algiques mémorisées depuis notre enfance.

Il est intéressant de constater qu'en résumé, l'on peut dire que le contrôle de la douleur s'attache à maîtriser la douleur de la chair (logiciel sensitivo-discriminatif). On souffre avec son coeur et l'on peut renforcer ce contrôle (logiciel affectivo-motivationnel). Enfin, le contrôle également s'exerce sur le fait qu'on souffre avec sa tête (logiciel cognitivo-comportemental). Et là, nous nous permettrons une analogie toujours avec la symbolique chrétienne.

Depuis un siècle, les souffrances du Christ sont emblématiques de ce que comprend l'humanité de sa souffrance quotidienne. Dans ce sens, les clous plantés dans les mains et les pieds du Christ pourraient symboliser cette souffrance nociceptive, la lance plantée dans le flanc droit du Christ pourrait symboliser la souffrance passant par les affects (le foie était le siège des émotions avant que le coeur ne le remplace dans cette fonction). Enfin, la couronne d'épines posée sur la tête du Christ semble très bien symboliser la part intellectuelle de la souffrance cognitivo-comportementale ; est-ce que les symboles nous font faire des découvertes scientifiques ou l'exploration du réel corrobore-t-elle les pensées empiriques de nos ancêtres?

Il faut donc une prise en charge thérapeutique pour aider chaque logiciel de contrôle.

On sait maintenant que pour aider le logiciel sensitivo-discriminatif à contrôler les douleurs, il suffit d'appliquer convenablement les règles de prises d'antalgiques de puissance croissante tel qu'il nous est conseillé de le faire à travers les trois paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Pour aider au fonctionnement du logiciel affectivo-motivationnel, il faut posséder une bonne technique de communication et quelques bribes de connaissances en psychologie du sujet souffrant d'abord mais surtout de soi-même, le thérapeute.

Pour renforcer le logiciel cognitivo-comportemental, il faut développer une lucidité accrue du patient à travers des programmes pédagogiques et du temps d'explication de tous les aspects de la souffrance à celui qui est en train de la vivre. Le but de cet effort, est que le patient devienne un partenaire dans la prise en charge thérapeutique. Ce patient partenaire ne sera plus un client revendicateur mais un aide incontournable pour qu'il trouve lui-même les voies de sa guérison.

1.3. Le traitement de la douleur autant éthique qu'économique

Il est de bon ton de dire que soulager la douleur est un acte noble. Le premier à avoir rapporté ce sentiment est Hippocrate qui écrivait déjà il y a 25 siècles *divinum est opus sedare dolorem*, c'est-à-dire divine est l'oeuvre de soulager les douleurs. S'il voulait signifier qu'il existe toujours une part de mystère dans cette expérience humaine douloureuse, il pensait aussi qu'elle serait peut être une constante de l'humanité dépendant beaucoup des dieux.

De nos jours, l'éthique, la déontologie et même la science médicale nous commandent de soulager le plus possible les douleurs. Mais il faut dépasser ces simples voeux pieux et s'apercevoir qu'il y a derrière, une motivation économique non négligeable et qui pour une fois, va de pair avec la motivation éthique.

Le marché de la douleur, notamment chronique est énorme. Il représente 20 % des consultations en médecine générale en moyenne en Europe. En parallèle, il faut rappeler les études américaines qui montrent que 13 ans après n'importe quelle prise en charge des patients douloureux chroniques, il n'y a aucune modification du niveau de plainte algique. Face à ce constat, devons-nous rester paralysés? Non, car s'il est vrai qu'un sujet qui rentre dans la douleur chronique n'en sort pratiquement jamais, il faut éviter trois choses :

- que son entourage en soit trop perturbé,
- que le sujet ne puisse trouver aucune adaptation à son handicap douloureux,
- que la société n'use trop d'argent à prendre en charge ce patient douloureux chronique sans qu'il n'ait aucun gain pour cette société.

Les études américaines ont montré que le déterminant économique pour le développement de la prise en charge de la douleur était majeur. L'exemple vient de la lombalgie chronique où une année de consommation de soins pour un patient lombalgique chronique revenait à 200.000 \$ s'il était confié à un service de neurochirurgie, à 120.000 \$ s'il était confié à un service de rhumatologie, à 80.000 \$ s'il était confié à un service de prise en charge de la douleur; les résultats en terme de bien-être individuel étant dans les trois cas identiques.

On comprend pourquoi les assurances américaines investissent dans les centres anti-douleurs.

1.4. La douleur n'est plus ce que l'on croyait.

Un patient informé et lucide sur la compréhension de sa maladie n'est plus le même vis-à-vis de la demande d'examens complémentaires et de traitement. Il faut donc, pour modérer les dépenses chez ces patients douloureux chroniques, pouvoir faire passer la complexité de leur état dans un langage simple, transmissible et pouvant être retenu longtemps.

Dans ce sens, la douleur n'est plus ce qu'elle était.

Pour beaucoup de thérapeutes, elle est toujours ce que les patients croient avec obstination. Elle reste toujours la recherche d'une lésion visible ou que les moyens actuels ne peuvent pas encore voir. Cette vision uniciste exclusivement ascendante de l'agression périphérique vers le cortex est fautive. La seule douleur qui existe est la résultante entre deux forces antagonistes : la douleur ascendante vers les centres nerveux signalant une dégradation moins la douleur contrôlée par les systèmes puissants de l'analgésie se trouvant dans le tronc cérébral.

Ainsi, une douleur peut venir soit d'un excès d'agression, soit d'un défaut des systèmes de contrôle. Tout individu est différent vis-à-vis de l'efficacité de ces systèmes de contrôle descendant de la douleur. Tout se passe comme si en fonction de notre structure de personnalité et des événements biographiques de notre vie, nous étions plus ou moins capables de mobiliser ce système de contrôle.

Dans la douleur chronique, la part de déficience du contrôle est majeure, donc l'exploration des éléments de personnalité et des stress accumulés ayant laissé des marques indélébiles sont à analyser en première intention. Faire comprendre ceci au patient est le garant de nouveaux comportements de celui-ci.

Dans ce sens, tous nos discours devraient être éclairés par les pages "santé" des journaux féminins de grande diffusion. Ceux-ci font un effort de pédagogie qui semble paradoxalement souvent dépourvu aux médecins et aux équipes paramédicales pour qui, la pédagogie devrait devenir une fonction majeure !

1.5. Les outils pour une pédagogie aux patients douloureux

L'échelle visuelle analogique ou réglette de la douleur constitue un excellent moyen pour objectiver le subjectif. En effet, même si elle ne reflète pas un réel niveau de plainte du patient, c'est justement dans les situations où elle est dépassée que la réglette peut constituer une avancée pédagogique auprès du patient.

Un stoïque présentant des métastases osseuses généralisées qui n'exprimerait avec la réglette qu'une douleur à 2 sur 10, se rendra compte finalement grâce à cet objet que son évaluation est insuffisante et au fur et à mesure des cotations, se rapprochera du véritable niveau de son handicap douloureux.

A l'inverse, un sujet extraverti, qui en s'agitant sur son siège signifie qu'il a mal à 12 sur 10, la réglette n'étant pas assez grande pour lui, verra également au fur et à mesure des cotations combien son expression de niveau de douleur semble disproportionnée par rapport à son handicap douloureux. Ainsi cet exemple montre combien un élément d'évaluation peut constituer le premier outil thérapeutique car il objective la subjectivité.

Pour la qualification, il existe des questionnaires développés en Amérique et traduits en France tel le questionnaire de Saint-Antoine, montrant des adjectifs caractéristiques des douleurs. Ces questionnaires sont complexes.

A Montpellier, a été développé ce même type de questionnaire sous forme de dessins et d'icônes représentant les adjectifs de piqûres, décharges électriques, étaux, lourdeurs, déchirures. Ainsi, le patient peut plus facilement s'approprier ces adjectifs pour mieux cerner lui-même sa plainte algique. La recherche sur les moyens d'interfaces médecin-patient doit continuer à l'orée de ce que nous apprennent les techniques de communication issues de l'analyse transactionnelle ou de la programmation neurolinguistique.

Il est paradoxal de constater que dans la publicité, ces techniques efficaces sont utilisées et que nous, dans le monde médical, semblons les ignorer au point d'être des aveugles face à la structure de la pensée du patient et encore plus face à notre propre structure d'analyse.

Ce refoulement est grave car il est néfaste à la compréhension du patient mais également grave pour le thérapeute qui semble s'épuiser face à un obstacle infranchissable alors qu'avec une clairvoyance plus grande sur ce qui se joue entre lui et son patient, il pourrait trouver un plaisir certain à la prise en charge de la douleur rebelle.

1.6. On ne sort jamais de la douleur chronique, on s'y adapte.

Les patients douloureux chroniques ont vécu des éléments de leur vie si traumatisants qu'ils en ont perdu les capacités de contrôle de la souffrance.

On peut pour essayer de s'en convaincre se rappeler de certains grands écrivains et je citerai deux prix Nobel: Albert Camus et Jean-Paul Sartre. Tous les deux à l'âge de 9 mois environ ont perdu leur père et ont été élevés par leur mère exclusivement.

Face à cette souffrance existentielle initiale, les deux ont senti la nécessité d'écrire un livre biographique et de cicatrization de cet élément traumatisant.

Albert Camus a écrit un livre posthume intitulé "*le premier homme*". Jean-Paul Sartre a écrit un livre au milieu de sa carrière appelé "*les mots*". Ces deux livres mis en parallèle montrent combien ces deux génies ont du faire d'efforts pour surmonter cette blessure afin de pouvoir exprimer l'un un génie romanesque et l'autre un génie philosophique. Ces deux livres sont étonnamment similaires. A l'exemple de ces deux créateurs, chaque individu a dû imprimer dans son cerveau et dans l'architecture des voies nerveuses douloureuses, l'ensemble des expériences corporelles émotionnelles et intellectuelles qu'il a traversées.

Les douloureux chroniques ont construit un schéma corporel, un rapport à la société, un foyer, une famille et un discours qui a enkysté le problème. Le rôle du thérapeute est de mettre à jour devant le sujet ce diagnostic global de la souffrance au-delà de la lésion organique.

Ainsi, certaines techniques permettent de mûrir la demande du patient et de lui faire accepter la voie non organique de prise en charge (relaxation médicale, psychothérapie, renforcement comportementaliste). Ces profondes particularités de l'homme douloureux font, que dans la représentation identitaire de la société, le malade douloureux chronique crée un nouveau groupe de représentation sociale. La population qui ne peut participer aux règles de plus en plus difficiles de la concurrence trouve dans cette niche de représentation sociale une reconnaissance légitime (les CAD servent aussi à ce rôle social).

Cet autre mode dans la prise en charge de la douleur n'est pas médical mais social. En effet, dans une société de performance, 20 % des individus semblent ne pas pouvoir accepter les règles très dures de l'émulation et du combat social. Ainsi que l'on soit V.R.P. ou maçon étranger ou encore Président Directeur Général remis en question à 50 ans, il existe un émonctoire social qui est en train d'émerger: les patients exclus de la course à la performance pour des raisons physiques ou psychiques évoluent notamment vers la douleur chronique. Dans ce sens, le discours et les structures de prise en charge de la douleur semblent constituer un justificatif de ce nouvel ordre social.

En France, une grande partie des sujets classés comme exclus sociaux sont en train de découvrir une nouvelle identité favorisée par le monde médical mais également par le monde de couverture sociale: la maladie douloureuse chronique.

Etudier la douleur constitue en médecine une révolution permanente pour des nouveaux thérapeutes qui se remettent toujours en question. Combien d'entre eux acceptent de vivre le chaos quotidien de l'échec et l'équilibre instable des incertitudes?

2 **A**nthropologie

Depuis Aristote, nous individualisons cinq sens. Déjà, à cette époque, la douleur n'était pas considérée comme un sixième sens, même si un stimulus agressif sur le corps humain paraissait se rapprocher des différents stimulus mettant en jeu chacun des organes des sens. Ainsi, la vision épistémologique de la douleur actuellement semble plus être considérée par les neurophysiologistes, comme par Aristote, comme une passion de l'âme (pain Forum, no3, vol. 7, 1998).

2.1. Pourquoi un enseignement sur l'évaluation et le traitement de la douleur ?

Y a-t-il une crise dans l'enseignement médical ?

Réponse : oui.

Ceci pourquoi : nos maîtres étaient plus préoccupés par un discours sur le corps et ses dysfonctionnements que par la perversion des passions de l'âme. Pire encore, les zones d'interfaces entre le soma et les humeurs ont été vite considérées comme pure affabulation dans la mesure où elles ne rentraient plus sous la fourche caudine des outils scientifiques de mesures.

Aujourd'hui alors pourquoi à nouveau parler de la douleur en essayant de l'intégrer à la médecine scientifique ?

On peut d'abord remarquer qu'il y a de la demande. Beaucoup de médecins s'investissent dans ces domaines. Beaucoup de patients réclament un discours autour de leur souffrance.

La réponse à ces états de faits nous permet de mettre en avant les éléments suivants :

- Les besoins en santé de base sont maintenant acquis par un grand nombre de nos concitoyens.
- Dans la part des besoins sociaux, les problèmes de santé sont considérables mais sont bien compris et cernés par notre population.
- Ainsi, les patients dégagés de l'angoisse existentielle fondamentale de la mise en danger permanente de leur corps par une médecine inefficace n'existe plus. Ceci leur permet quand on les écoute d'exprimer davantage une demande de confort accrue, de bien être. Ils ont appris à chérir une société de loisirs voire de plaisir. Leur état de patient ne leur fait pas oublier cette quête et bien que l'envie de guérir soit toujours aussi forte, la traversée de l'état pathologique doit se faire également dans une recherche d'un plus grand bien être.

Exemple : Dans les index d'évaluations de la qualité des établissements aux Etats-Unis, 60% de ce critère est occupé par l'index de satisfaction globale du patient vis-à-vis d'un établissement. Dans cet index, la part de la bonne prise en charge de la douleur est le premier des critères.

Donc, le traitement de la douleur est un traitement de "confort" par rapport aux soins vitaux.

Les progrès en médecine curative marquant le pas, les traitements symptomatiques sont le reflet d'une carence de la croyance aveugle dans le tout étiologique.

2.2. Les réticences vis-à-vis de cet enseignement

1) Tous les maîtres furent des "spécialistes"

Ils ont longtemps rechigné à enseigner et à pratiquer une matière qui, quelque part, reflétait l'échec relatif des quarante dernières glorieuses (les progrès des diagnostics furent immenses mais les espoirs thérapeutiques furent déçus parce que trop aveuglément ambitieux). Se furent donc beaucoup de médecins atypiques qui occupèrent le champ dès le début de la formation en algologie.

2) Les psychiatres

Ils se sont coupés très tôt de ces somaticiens impérialistes pour se refermer dans une tour d'ivoire d'une lucidité qu'ils avaient renoncé à essayer de transmettre à leurs collègues somaticiens.

Ceci a eu beaucoup de conséquences :

- Ils ont refusé de vulgariser leur "science" aux non-psychiatres.
- Ils ont renoncé à la rendre opérante chez d'autres patients que les patients psychiatisés
- Ils ont oublié de traiter les patients somatiques dans ce qu'ils ont de troubles psychologiques de peur de trop de conflits avec leurs confrères.
- Ils ont arrêté de théoriser ou d'adapter leur recherche sur ces patients organiques. Seuls depuis quelques années les courants de la psychiatrie américaine abordent ce champ.
- Ils argumentent souvent que sans le moule de sept ans de pédagogie psychologique, aucun thérapeute ne peut utiliser avec efficacité les outils du champ psychiatrique. Il faut dire que les autres médecins non psychiatres ont eux aussi construit une tour d'ivoire pseudoscientifique d'où ils raillaient les collègues psychiatres.

C'est la médecine globale qui a perdu quelques décennies. Chacun d'entre nous a intégré ces modèles de pensées dichotomiques. La quête d'enseignement ici sera de faire une reconquête de ce médecin honnête homme et philosophe.

3) Les médecins formés à la douleur risquent de changer par ces années de formation

Chaque médecin a une représentation sociale de lui-même. Cette image est fortement intégrée dans sa pensée et provoque un grand nombre de réflexes conditionnés. Les formations en Algologie vont faire apparaître deux groupes de médecins:

- Les médecins fortement changés par cette formation qui ont compris la totalité du message. Mais l'environnement professionnel ne suivra pas à tout coup dans cette nouvelle représentation qui leur sera imposée. Attention également à l'environnement personnel. Il risque de mal vivre cette modification des valeurs, cette nouvelle lucidité sur les choix et valeurs.
- Les médecins non transformés : le traitement de la douleur devient une énième spécialité pratiquée peut-être avec excellence pour mieux lutter contre les échecs des autres spécialités. Ils seront de bons techniciens anti-douleur

2.3. L'éthique

La prise en charge de la douleur dans ce qu'elle cache comme comportement peu éthique.

1) L'étude du soulagement de la douleur est apparemment humaniste

Soulager la douleur pour Hippocrate était quasiment un acte divin. Mais le moteur de cet humanisme paraît plus être créé par des événements économiques.

Les économistes, en effet, savent depuis longtemps que traiter la douleur économise des dépenses de santé.

Ces nouvelles conclusions issues d'études américaines proviennent du fait que la nouvelle orientation diagnostique, la nouvelle prise en charge thérapeutique, la nouvelle structure de soins (ambulatoire) permise par l'existence et l'application de pratiques algologiques, transfère une partie de la prise en charge des patients d'une médecine coûteuse à une médecine qui l'est moins.

Cet élément, les économistes le savent depuis longtemps, les médecins ont du mal à l'accepter.

2) La prise en charge de la douleur n'amène que peu de valeurs ajoutées médicales

Il faut être honnête. Les éléments de diagnostic algologique comme les éléments de traitement de la douleur sont contenus dans peu de chapitres. C'est peut-être une spécialité naissante mais, à l'heure actuelle, ce n'est pas une spécialité dense. Bien que des améliorations spectaculaires puissent être rencontrées, il ne faut pas se mentir à soi-même. S'il y a efficacité dans le soulagement, c'est parce que le médecin reformule le problème du patient qui, ainsi, retrouve les voies d'une certaine guérison (La devise du Centre Anti-Douleur de Montpellier: "soulager s'est guérir").

3) Le changement des principes scientifiques: "du double aveugle à la simple clairvoyance"

Les échecs du soulagement de la douleur imposent des essais successifs de traitements du plus scientifiquement prouvé au traitement éventuellement utile voire exceptionnellement efficace. En effet, après l'analyse du rapport bénéfice risque, on ne peut laisser le patient sans aide quand la douleur résiste et donc l'association de traitements ou la mise sous traitement exceptionnel est un risque médico-légal qu'il est impératif de prendre.

2.4. La méthode :

Se frotter à plusieurs écoles pour enrichir sa palette d'analyse

Plusieurs facultés de France ont regroupé leurs compétences, notamment Montpellier, Nice et Marseille. L'approche de plusieurs maîtres ne peut être que bénéfique.

Il faut changer d'outil pour résoudre un problème: Cet apprentissage de plusieurs pensées interchangeables vous exerce à jongler avec des méthodes de résolutions de problèmes difficiles interchangeables elles aussi. Ceci est la pensée philosophique dite de l'épistémocritique ; elle consiste à utiliser les outils d'une autre discipline pour résoudre les problèmes insolubles de votre discipline.

3 Une structure anti-douleur : **Pour quel malade ? [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]**

En ce début de troisième millénaire, les évolutions sociales dans nos pays occidentaux sont telles, que la douleur est mise en exergue dans le champ de la médecine. "La maladie est la plus respectée des médecines" disait Marcel Proust.

"A la bonté, au savoir, nous faisons des promesses, à la douleur, nous obéissons" poursuivait-il. Ainsi durant 40 ans d'une extraordinaire expansion du savoir médical et de la couverture sociale des malades, on nous avait cru presque aptes à la guérison de toutes les maladies.

Hélas, si les maladies sont mieux comprises, le symptôme douleur reste "rebelle" dans le champ du savoir médical. A tout problème, il faut opposer une stratégie de recherche de solution. C'est ce que vise actuellement la démarche algologique qui a pour objet l'étude de tous les aspects de la souffrance de l'homme.

La douleur est la première cause de consultation.

C'est bien de l'homme souffrant dont il est question. Les moments où le patient est exposé à la souffrance physique sont excessivement nombreux. En médecine générale, 60 % des consultations sont motivées par ce signe douleur, 85 % en rhumatologie, 50 % des patients cancéreux auront à se plaindre de souffrance... On peut ainsi allonger la liste de toutes ces spécialités, pour lesquelles le symptôme douleur arrive souvent au premier plan des motifs du recours médical.

Au début, la douleur est transitoire.

C'est une douleur sans conséquence, de courte durée, fugace qui signale qu'une brûlure par un poêle imprudemment touchée provoque un début de blessure de la peau du doigt. Un doigt coincé dans une porte avertit instantanément le sujet qu'un mouvement de retrait s'impose. Ce n'est évidemment pas de cette douleur dont nous traiterons; ce dont nous allons parler, c'est de la douleur aiguë grave ou répétée et surtout de la douleur chronique.

Une définition universelle s'impose : la douleur est une sensation désagréable.

Ce résumé est celui de la définition de l' IASP, l'association internationale pour l'étude de la douleur qui *évoque une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion. C'est une expérience éminemment subjective et complexe qui met en jeu des processus bio-psycho-sociaux.*

Tous les patients de l'hôpital et de la médecine ambulatoire sont potentiellement exposés à ce symptôme et peuvent donc relever des méthodes d'évaluation et de prise en charge diffusées à partir des unités de traitement de la douleur.

3.1. Le patient atteint de douleur aiguë

Cette douleur se caractérise par une lésion de tissu, souvent associée à une anxiété réactionnelle, le tout dans une ambiance comportementale événementielle qui évolue sur quelques heures à quelques semaines. Exemple : douleurs postopératoires, douleurs médicales (lumbago, colique néphrétique, maladies inflammatoires articulaires).

Dans le domaine des douleurs aiguës, c'est le grand combat contre les douleurs postopératoires qu'il faut mener dans tous les établissements. Malgré la restriction des moyens, il sera de plus en plus illégal de prévoir une intervention chirurgicale sans avoir au préalable mis en place le maximum de moyens pour assurer un confort en relation avec les données actuelles de l'analgésie postopératoire.

3.2. le patient atteint de douleur chronique

Quand la douleur ne remplit plus, pour l'individu, cette fonction nécessaire de signal d'alarme d'un risque d'agression ou de maladie, elle devient une douleur inutile. Après un laps de temps de l'ordre de 3 à 6 mois de persistance de cette douleur, on parle de douleurs chroniques ou de douleurs rebelles. On peut dire que l'individu rentre dans un véritable syndrome, le syndrome de douleurs chroniques que quelques médecins, dès le XVIIIème siècle avaient caractérisé de *maladies douloureuses chroniques* (Boissier de Sauvage, Montpellier).

Ce caractère rebelle au soulagement par les méthodes médicales classiques entraîne une modification de la psychologie de l'individu et installe une perturbation. Des modifications des relations familiales et sociales expliquent ou renforcent la douleur chronique. Ainsi, la cause de la résistance au soulagement n'est plus univoque; elle est devenue complexe.

En conséquence, une évaluation de tous les facteurs et de leur pondération réciproque s'impose. Le tout doit déboucher sur une stratégie associant plusieurs méthodes en synergie, souvent simultanées, pour essayer de mener le sujet à plus ou moins long terme vers une meilleure gestion du syndrome douloureux chronique.

Tableau comparatif des deux grands syndromes douleurs

d'après F. BOURREAU ^[2]

Modalités	Douleur aiguë	Syndrome de douleur chronique
finalités biologiques	utile et protectrice	inutile et destructrice
mécanismes générateurs	unifactorielle	plurifactorielle
réactions bio-végétatives	réactionnelle	habituatio ou entretien
composantes affectives	anxiété	dépression renforcée
comportement	réactionnelle	pluridimensionnelle
modèle thérapeutique	médicale classique	bio-psycho-sociale
objectifs thérapeutiques	curatifs	réadaptatifs.

3.2.1. La douleur chronique : une remise en question de nos habitudes ?

De ces définitions, on voit naître une culture médicale légèrement différente de celle qui a prévalu depuis trente ans.

L'habitude médicale est bouleversée.

L'impact du syndrome douloureux chronique, en terme de souffrance, est *incommensurable*.

On s'aperçoit qu'un grand nombre de pathologies chroniques ont intérêt à être abordées sous cet aspect analytique, différent du modèle médical classique, qui se résume souvent à la recherche d'une cause confirmée par des examens morphologiques ou biologiques conduisant à une ou deux thérapies étiologiques.

L'impact du syndrome douloureux chronique est aussi économique : si la souffrance des patients exposés à cette maladie douloureuse est difficilement estimable, il en est de même pour le coût induit par cette plainte vis-à-vis de la société.

Ce coût est colossal, mais il ne doit pas paralyser l'action médicale, au contraire. C'est justement par un devoir de meilleure utilisation des fonds alloués à la santé que s'impose une évaluation exhaustive et la plus fine possible des différentes composantes de la douleur des patients. C'est là un des rôles essentiels des unités de traitement de la douleur que d'appréhender cette réalité à la fois médicale, psychologique et économique.

L'habitude de tous les membres d'une équipe de soins au repérage rapide de toutes les composantes générant la douleur rebelle suivie, ainsi qu'à la réorientation des moyens alloués vers des domaines plus productifs en terme de santé, voilà la mission des unités douleurs. Par exemple, la réalisation de scanner tous les 6 mois, ou les triples ou quadruples interventions chirurgicales sur hernie discale pour lombalgie chronique, ne font pas progresser un soulagement ou une réadaptation, pour ces centaines de malades douloureux chroniques du dos. Un certain enkystement par la répétition inlassable de processus médicaux ayant déjà prouvé leur inefficacité est souvent constaté. C'est là où la démarche pluridisciplinaire algologique dans une unité de traitement de la douleur doit pouvoir proposer une alternative.

3.2.2. Quels sont les patients présentant ces douleurs chroniques ?

- 35 % de douleurs de l'appareil locomoteur

Dans un centre anti-douleur généraliste, nous constatons que 40 % des patients pris en charge pour douleurs lombo-sciatalgiques rebelles ont déjà bénéficié d'intervention chirurgicale.

Les séquelles douloureuses des pathologies de l'appareil locomoteur subaiguës ou chroniques telles que les algodystrophies après intervention orthopédique sur les membres sont également adressées.

- 25 % de douleurs de l'extrémité céphalique

Les douleurs rebelles médicales, les plus rencontrées, sont les céphalées et migraines.

- 20 % des pathologies séquelles chroniques

Elles associent des douleurs rebelles avec une forte composante neurologique. Dans les consultations de la douleur, on rencontre : les paraplégies douloureuses, les tétraplégies douloureuses, les hémiplésies, les syndromes thalamiques, les douleurs des membres fantômes, les douleurs après arrachement de nerf ou de plexus nerveux, les douleurs de cicatrices opératoires, les douleurs de névromes, les douleurs après zona (post-zostériennes).

Le patient atteint de cancer

C'est le domaine qui donne immédiatement la plus grande satisfaction pour tout praticien et toute structure s'impliquant dans la prise en charge de la douleur. Tout le monde a gagné dans cette attention à la douleur du cancer ou du SIDA :

- le patient d'abord, qui en retire une augmentation de la durée de sa vie et surtout une amélioration significative de la qualité de cette vie gagnée.
- la famille ensuite qui voit de nouveau des relations humaines s'instaurer alors que la douleur faisait barrière à toute communication.

- l'équipe médicale qui voit là, après quelques conseils thérapeutiques bien maîtrisés, une efficacité rapidement mesurable et fortement gratifiante pour tous les membres de l'équipe.
- l'établissement dans lequel est développé une telle politique d'attention à la douleur du cancer en retire une image de marque valorisée. Ceci compense l'échec du traitement étiologique sur un trop grand nombre de patients cancéreux.

□ Le patient en fin de vie

Cette douleur est très liée à celle des patients atteints de douleurs du cancer. Tout patient dont l'espoir de guérison s'est amoindri malgré les traitements étiologiques, doit être précocement pris en charge par des unités de soins palliatifs, qu'elles soient mobiles ou fixes, rattachées ou intégrées au centre anti-douleur.

□ Les enfants et la douleur

L'oncologie pédiatrique est un domaine important de la médecine. Les enfants atteints de maladie cancéreuse ou grave, relèvent d'une équipe de médecins ou d'infirmières spécialisés dans le traitement de la douleur. C'est une sous-spécialisation de l'algologie. On sait que l'enfant exposé pendant de longues semaines à de fortes douleurs, peut avoir des séquelles tant physiologiques que psychologiques indélébiles pour le reste de sa vie. On comprend dès lors, combien l'existence dans une unité de traitement de la douleur de tels médecins ou de telles équipes référentes dans ce domaine est capital.

□ Les patients à problématique psychologique

Ils peuvent s'exprimer sur le mode d'une plainte douloureuse. Ces patients sont souvent difficiles à évaluer par l'équipe des somaticiens, soit parce qu'ils masquent les éléments psychologiques, soit parce qu'ils refusent une évaluation ou une prise en charge dans ces domaines. Le centre anti-douleur peut alors, sans créer de réticences, pratiquer cette évaluation globale, ainsi tous les patients hospitalisés ou en consultations, peuvent parfois nécessiter une telle prestation de service, assurée par l'unité de traitement de la douleur.

En conclusion, on voit bien que de la douleur aiguë à la douleur chronique, de la douleur de l'enfant à la douleur de la fin de vie, de la douleur après une opération, ou une paraplégie, les patients potentiels d'une unité d'évaluation et de prise en charge de la douleur sont nombreux.

4 Pourquoi créer une unité de traitement de la douleur ? ^[9,10]

Les motivations ou les stimulations pour arriver à une telle démarche sont multiples. Souvent, un stimulus domine les autres et permet de faire aboutir le projet, mais la prudence s'impose: l'ouverture d'une unité de traitement de la douleur n'est pas une fin en soi. Ce n'est que le début de l'épreuve.

La véritable finalité est le bon fonctionnement de l'unité en tant que service rendu au patient adressé à cette unité nouvelle.

C'est par la qualité des services rendus qu'en retour il y aura une fidélisation des correspondants et la création progressive d'une filière de soins véritablement fondée sur une qualité de la prise en charge et de l'évaluation du patient douloureux. Il faut donc déterminer la motivation principale qui pousse à cette création, mais ne pas négliger la recherche des énergies associées.

Voici une liste des principales motivations :

4.1. Motivation administrative : améliorer un établissement

La tutelle réclame le développement d'une unité de traitement de la douleur pour compléter le réseau sanitaire d'un établissement. Le principal avantage réside dans le fait que les moyens seront plus facilement alloués. Mais un inconvénient de taille apparaît: les personnes susceptibles de composer l'équipe ne sont pas forcément présentes avec le profil adéquat.

De plus, plaquer une structure par décision administrative peut provoquer une levée d'oppositions de la part des autres composantes médicales de l'établissement. Vis-à-vis de la naissance d'une unité douleur, les oppositions éventuelles ont une particularité, c'est qu'elles ne peuvent pas s'exprimer ouvertement. Il serait mal vu dans l'établissement, dans les médias et à l'égard du grand public, de refuser que de telles structures de prise en charge de la douleur se développent. Cette opposition considérée par tous comme médicalement incorrecte, génère des frustrations d'une partie des médecins de l'établissement dans lequel une structure douleur est plaquée. Cette opposition non exprimée risque de "torpiller" la création du réseau consensuel de relations interdisciplinaires dans l'établissement. De même, une grande difficulté sera rencontrée: celle d'instaurer une relation de confiance avec les médecins libéraux correspondants.

4.2. Motivation médicale : soulager la douleur des patients

Développer les techniques de soulagement des patients est une mission noble et éthique en même temps que médicalement incontournable. C'est ainsi qu'a été écrite une charte contre la douleur.

(Annexe 1 : Charte contre la douleur).

Paradoxalement aux grandes idées et aux belles pensées dans le monde médical, s'oppose l'inertie et la réticence d'autant plus grande que l'idée est noble.

C'est ainsi que l'on connaît des médecins qui ont voulu développer une partie de leur activité dans le soulagement des patients douloureux cancéreux de plusieurs établissements régionaux de lutte contre le cancer, voire développer des unités mobiles de soins palliatifs qui se justifiaient, et dont pourtant, depuis dix ans ou quinze ans, l'énergie et l'enthousiasme se sont heurtés à cette inertie et à cette incompréhension. Il faut savoir que certaines qualités intellectuelles rencontrées chez les médecins par ailleurs très compétents pour la médecine étiologique, ne suffisent pas à écouter d'une oreille attentive et convaincue les demandes des médecins par trop empreints d'humanitarisme, de compassion ou simplement d'éthique.

Pour certains la révolution culturelle n'est pas encore réalisée, d'une médecine scientifique à une médecine toujours scientifique mais intégrant tous les éléments contingents de la souffrance humaine ou de la mort. Les méthodes proposées pour surmonter ces obstacles sont les suivantes (elles seront appliquées isolément ou en association) :

- Réaliser un audit par des spécialistes extérieurs à l'établissement qui vont juger objectivement de l'importance de cette prise en charge douleur ou de médecine palliative,
- Réaliser des séminaires de formation, soit spécifiques au corps des médecins opposés à l'unité des traitements de la douleur, soit intégrant tous les intervenants de l'établissement de soins. Le but est de faire venir une équipe de traitement de la douleur d'un établissement similaire à celui où il y a un blocage pour montrer combien, une fois réalisée cette greffe d'unité de traitement de la douleur permet d'optimiser le travail quotidien des médecins même les plus réticents. Cette pratique peut être une synergie et dans le jargon d'algologue, c'est ce qui est appelé "évangéliser un établissement". En effet, après les conclusions de l'audit ou le déclic psychologique provoqué par une grande réunion de formation de toutes les équipes de l'établissement, les obstacles inconscients sont souvent spontanément levés et on constate une facilitation du travail du ou des médecins porteurs de l'énergie initiale pour développer l'unité de traitement de la douleur.

4.3. Motivation d'un établissement : améliorer son image de marque

Une unité de traitement de la douleur permet une meilleure image de marque de l'établissement. Actuellement, vis-à-vis du grand public, l'unité de traitement de la douleur constitue un plus dans l'image de marque d'un établissement de soins. Ceci pourrait ne pas durer éternellement et n'être qu'un effet de mode. Un établissement développant cette activité trop superficiellement, risque de créer deux types d'insatisfaction qui seront difficiles à rattraper. Les patients d'abord pris dans l'organigramme vide de cette unité de la douleur s'y perdront et seront des opposants farouches non seulement de cet établissement, mais également de toute idée de prise en charge par une autre unité de traitement de la douleur. Les deuxièmes personnes insatisfaites seront les correspondants qui se seront laissés prendre au piège d'un établissement proposant des services qu'ils ne peuvent en fait assumer pleinement.

Imaginons malgré tout que cet établissement possède une unité de traitement de la douleur digne de cette appellation. S'il a dans son rayon d'action d'autres établissements plus ou moins concurrents, la création d'unité de traitement de la douleur sera perçue comme un acte d'agression, voire de concurrence plus ou moins déloyale car utilisant le support médiatique (effet d'annonce). Cette crainte des autres établissements de perte de part de marché de patients, se retournera contre le centre anti-douleur qui ne pourra bénéficier d'un réseau de spécialistes multidisciplinaires (appartenant à la zone d'influence de l'établissement concurrent). D'autre part, les médecins de cette structure concurrente en aucun cas n'adresseront un patient à cette clinique de peur qu'il soit happé par ce service. Ainsi, loin de créer un réseau, l'unité de traitement de la douleur accroît les barrières, les obstacles aux filières et à la complémentarité médicale. Un développement, sur ces bases, est très fréquemment rencontré comme cause d'échec des unités de traitement de la douleur dans les cliniques de moindre importance à but lucratif ou participant du service public.

4.4. Motivation médicale de plusieurs spécialistes : Posséder le label « unité douleur »

Plusieurs spécialistes se regroupent pour avoir le label "unité douleur" : à part le centre de traitement de la migraine de Vichy, qui fonctionne depuis des années et qui a été créé avant la crise des ressources, toutes les autres associations de spécialistes voulant créer l'interdisciplinarité sans changer leur pratique de spécialiste, ont été vouées à l'échec, soit parce qu'elles n'ont jamais démarré, soit parce que le patient ne pouvait accepter le paiement itératif de plusieurs consultations de spécialistes même clôturé lors d'une synthèse médicale unique.

4.5. Motivation économique : diminuer les coûts de santé

On veut réaliser des économies de santé tout en accroissant la satisfaction des patients.

Il semble que la prise en charge dans les unités de traitement de la douleur entraîne une diminution des demandes d'exams complémentaires et des recours aux structures médicalisées lourdes dans l'année qui suit la prise en charge.

Ceci a été démontré pour des techniques couramment répandues dans les centres anti-douleur, par exemple l'utilisation de la neurostimulation transcutanée chez les patients lombo-sciatalgiques. Malgré une efficacité faible et limitée dans le temps, cette pratique permet de noter une diminution dans l'année suivant la prise en charge, de la fréquence des demandes de kinésithérapie et de consommation de médicaments.

Il est donc tentant de considérer l'unité de traitement de la douleur comme une substitution d'une médecine étiologique lourde par une médecine d'évaluation et d'accompagnement au début aussi dispendieuse mais dont l'économie se fait sentir dans les mois et années à venir.

Encore faut-il que le réseau médical dans lequel retourne le patient soit formé et réactive le message du centre anti-douleur, sinon, il est beaucoup plus facile au patient de "retomber" dans les pièges des exams complémentaires et des opérations parfois discutables.

Cette remarque sur les économies retardées est difficile à mettre en avant sachant que la création elle-même des unités de traitement de la douleur est très coûteuse en personnel. L'équipe pluridisciplinaire et de paramédicaux prend en charge un nombre trois à dix fois plus faible de patients que dans les structures médicales classiques où tous les malades bénéficient de protocoles standardisés de prise en charge.

Pour "rentabiliser" cette unité lourde en personnel, il faut que celui-ci, par des actions d'enseignement à tous niveaux, internes à l'établissement et aussi régionalement, diffuse ces pratiques.

4.6. Motivation économique : faire du profit

Pour gagner de l'argent, faut-il créer une unité de traitement de la douleur ?

Dans un premier temps, nous sommes tentés de répondre par la négative, car les patients adressés aux unités de traitement de la douleur ont deux caractéristiques dominantes.

La première est d'avoir subi pendant des années, voire des décennies, des échecs dans la prise en charge médicale. Ainsi, la confiance portée au monde médical est depuis longtemps altérée pour ne pas dire transformée en défiance. Malgré la longueur de la consultation, les difficultés thérapeutiques, il sera impossible à un médecin libéral de demander un juste salaire vis-à-vis de l'énergie dépensée pour évaluer ces cas complexes. Le secteur II à honoraires libres est donc difficilement applicable pour la gestion de ces échecs de la médecine.

La deuxième raison est qu'un grand nombre de patients souffrant de douleurs d'origine cancéreuse ou d'une maladie grave en fin de vie, ont un rapport avec les médecins qui soulagent la douleur plus proche de la charité telle qu'elle était vécue au grand siècle de l'Hôtel Dieu, plutôt qu'un rapport d'argent. Là aussi, le médecin, malgré de multiples consultations pour adapter un traitement antalgique lourd (morphiniques), ne pourra demander rémunération de la consultation sans une certaine gêne ou tout au moins une interférence avec son nécessaire rôle de soutien psychologique.

Pourtant, à l'inverse, il est des situations moins dramatiques où l'unité de traitement de la douleur va pouvoir humaniser une consultation orthopédique trop technicienne ou une équipe de prise en charge cancérologique ne présentant pas suffisamment de facettes attentives à tous les aspects de la souffrance de leurs patients.

Dans ce sens, ces médecins orthopédistes ou chimiothérapeutes dépistant les cas les plus sensibles devraient pouvoir bénéficier d'une équipe de proximité dans l'établissement où de confrères référant algologues pouvant avoir une consultation sans limite de temps.

L'unité de traitement de la douleur permet d'optimiser le temps médical hautement technique en créant une filière pour les patients relevant d'une prise en charge plus lente. Pour les patients d'orthopédie, une prise en charge par les actes algologiques peut éviter une longue rééducation, un recours à une nouvelle chirurgie. Les consultations de la douleur peuvent induire des actes dans un secteur technique générant des forfaits de salle d'opération, et une occupation des lits accrue (évaluation en hospitalisation complète de la problématique globale de ces patients douloureux chroniques). Enfin, une optimisation des locaux de consultations peut être réalisée. C'est également cette synergie qui peut prévaloir quand existe une unité de prise en charge ambulatoire.

En conclusion, on voit bien que la question "pourquoi créer une unité de traitement de la douleur" est directement liée à la question "comment ne pas échouer" dans la satisfaction des patients et des correspondants.

5 **Q**uel type de structure de la douleur puis-je créer ?

[9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16]

5.1. L'organisation de la douleur en France selon les recommandations de l'ANAES

Jusqu'à présent, les structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique rebelle se sont surtout développées grâce à la volonté d'équipes pluridisciplinaires, en réponse à des besoins importants.

Dans son rapport d'enquête sur les structures d'évaluation et de traitement de la douleur, la Direction Générale de la Santé (DGS) note que *"Cette activité est fragile, d'autant plus que souvent mal décrite dans les départements d'information médicale.*

En effet, il n'existe pas de critères relatifs à la douleur dans la classification internationale des pathologies, et aucun acte spécifique (consultation, gestes techniques, comité de décision etc ...) n'est reconnu, malgré leur particularité liée à la durée du temps consacré à une évaluation correcte de la douleur et à l'approche pluridisciplinaire de la prise en charge". Le Ministère constate également que "la prise en charge de la douleur n'est pas suffisamment développée en France".

Au préalable, le Ministère a souhaité disposer *"d'instruments d'évaluation fiables et de critères d'évaluation tant des moyens que d'activité, ainsi que des critères d'évaluation des besoins. De plus, "l'existence de structures "référentes" chargées de diffuser ces pratiques pourrait améliorer la situation".* Les critères qui ont été retenus ont permis de reconnaître les structures déjà existantes, mais aussi et surtout d'avoir un rôle incitatif pour le développement de nouvelles structures.

Des procédures d'identification ont permis d'établir une liste des établissements de santé garantissant une qualité de soins dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle. (*Annexe 2 : Recensement des structures anti-douleur*)

La prise en compte clinique de la douleur et l'enseignement de sa prise en charge ont souvent été délaissés. Ce constat conduit actuellement les responsables politiques à des prises de position fermes pour y apporter remède. Le développement de l'activité d'évaluation et de traitement de la douleur constitue un volet important de la lutte contre la douleur, nécessitant des moyens spécifiques. La mission confiée à de telles structures réside dans l'amélioration globale de la prise en charge et du traitement (voire de la prévention) de la douleur chronique rebelle.

L'organisation d'une activité structurée d'évaluation et de traitement de la douleur, au sein des établissements santé, doit répondre à certaines exigences :

- 1) Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur interviennent de façon transversale dans un établissement de soins, c'est-à-dire en collaboration et auprès de tous les services, à leur demande. Il s'agit d'assurer un rôle de référent, apportant surtout un soutien et une aide (conseils, consultations, formation) aux équipes hospitalières et non hospitalières, et pour une part plus limitée prenant en charge personnellement (hospitalisation) certains patients qui lui sont adressés.
- 2) Le rôle pédagogique de ces structures est à souligner. Il concerne, entre autres, le personnel médical, le personnel soignant, les patients et leur famille, en interne et en externe à l'établissements de soins.
- 3) La prise en charge de la douleur chronique rebelle présente des aspects spécifiques : consultation de longue durée, consultations pluridisciplinaires, consultations non répertoriées d'intervenants non médicaux (infirmière, psychologue, assistance sociale, ergothérapeute ...), actes particuliers (neuro-stimulation). La cotation à l'acte, telle que prévue à la nomenclature générale des actes professionnels, ne peut s'appliquer. La rémunération ne pourrait être envisagée que sous une forme adaptée ainsi qu'il en est pour les équipes pluridisciplinaires faisant intervenir plusieurs professionnels (cotation spécifique, forfait de soins etc ...).
- 4) Quel que soit le type de structure d'évaluation et de traitement de la douleur existant au sein d'une région, celle-ci doit développer son rôle de communication (sur ce qu'elle fait et aussi sur ce qui peut être fait ailleurs pour une pathologie qu'elle ne prendrait pas en charge) auprès des médecins libéraux, des établissements de santé et des patients.
- 5) Il est souhaitable que l'organisation d'une structure de la douleur, soit fondée sur une démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des soins.
- 6) Le coordinateur d'une structure d'évaluation et de traitement de la douleur doit avoir un diplôme spécifique (DIU dont le programme est établi par la commission interpédagogique universitaire sur la douleur) ou, pour une période transitoire, obtenir une validation équivalente de la part d'une commission nationale de qualification pour l'évaluation et le traitement de la douleur (à créer). Dans toutes les structures d'évaluation et de traitement de la douleur, une formation complémentaire du personnel soignant (y compris les psychiatres), sous la forme d'un diplôme spécialisé sur la douleur, est recommandée.
- 7) Le rôle du personnel non médical est à souligner dans les structures d'évaluation et de traitement de la douleur. L'expérience, lancée par la Direction des Hôpitaux, sur l'évaluation de la fonction "d'expertise" dans les établissements de soins (et qui porte notamment sur la prise en charge para-médicale des douleurs post-opératoires et soins palliatifs dans plusieurs établissements) paraît constituer une opportunité particulièrement intéressante pour préciser le rôle et la place du personnel non médical dans ces structures.
- 8) La répartition géographique n'est pas un critère opérationnel pour le développement de centres d'évaluation et de traitement de la douleur.

L'initiative locale, les compétences existantes et la volonté de développement de structures d'évaluation et de traitement de douleur sont des facteurs plus importants.

9) Les structures prenant en charge majoritairement une population très spécifique (enfants, cancéreux, etc ...) doivent avoir au moins un spécialiste correspondant à cette particularité (pédiatre, oncologue, etc ...) et formé à la prise en charge de la douleur. En particulier, tout centre anticancéreux doit disposer d'une consultation ou d'une unité d'évaluation et de traitement de la douleur.

10) La caractérisation des structures d'évaluation et de traitement de la douleur nécessite une expérimentation, en particulier pour juger la pertinence et l'applicabilité des critères retenus, définir les indicateurs adéquats et déterminer les spécificités de l'activité (temps de chaque type d'acte, mise en oeuvre de la multidisciplinarité, temps nécessaire pour un programme d'amélioration de la qualité, un programme pédagogique, etc ...).

5.2. Les différentes structures

Une analyse du fonctionnement de la prise en charge de la douleur permet de dégager trois types de structures différentes :

- La consultation
- L'unité de consultations anti-douleur ou d'évaluation et de traitement de la douleur
- Le centre anti-douleur ou centre d'évaluation ou de traitement de la douleur

5.2.1. La consultation

Elle propose des consultations externes au moins 2 demi-journées par semaine.

Elle dispose, au sein de la structure elle-même ou dans un des services de l'établissement, d'un plateau technique (ensemble du matériel et des infrastructures ayant fait la preuve de leur efficacité dans l'évaluation et le traitement de la douleur).

Elle ne comprend pas de lits d'hospitalisation.

On peut y suivre une formation et l'activité de recherche y est facultative.

Le médecin algologue est un médecin qui, théoriquement, connaît

- la douleur aiguë, post-opératoire et post-traumatique
- la douleur cancéreuse et ses traitements antinéoplasiques
- la douleur chronique non maligne

Une conception biopsychosociale globale du patient réduit les risques de le faire rentrer dans des procédures de soins traditionnelles mais inopérantes pour lui.

Deux cas peuvent se présenter : soit je suis un médecin libéral installé, soit je suis dans un hôpital ou clinique.

Je suis un médecin libéral installé

Mon intérêt personnel a fait que j'ai bénéficié de la formation du diplôme inter-universitaire d'études et de traitement de la douleur. Passionné par cette activité, je veux l'introduire dans ma pratique. Là, deux possibilités s'offrent à moi :

□ Je viens en référent pour une technique particulière à appliquer au patient déjà évalué par une unité pluridisciplinaire de traitement de la douleur. Cette technique particulière en fonction de mes compétences peut être soit l'acupuncture, soit la mésothérapie, soit les techniques de manipulation, soit une prise en charge d'ordre psychosomatique ou une consultation de relaxation médicale. Etant donc isolé, je ne peux pas dans un premier temps véritablement être un consultant premier pour les malades atteints de douleurs chroniques ou rebelles, mais je peux offrir ma compétence et mon intérêt pour les formations existantes et pour le réseau douleur : unité de consultation ou centre anti-douleur régional. Pour ceci, il est donc nécessaire que je sois connu des autres structures plus organisées de la ville ou de la région dans laquelle je travaille. Je ne dois pas me poser en consultant nouveau et me considérer à moi tout seul comme une unité pluridisciplinaire ou un centre de consultation omnipotent de la douleur. Cette vision n'aurait pour effet que de tromper les patients et rapidement de me dévaloriser auprès de mes confrères, en général, et du réseau douleur en particulier. Le but essentiel pour une assise correcte est d'être inscrit sur les listes des médecins formés à la douleur et pouvant réactiver les conseils de prise en charge prédéterminés par le centre ou l'unité de traitement de la douleur. Le deuxième élément est d'être considéré par mes confrères comme un médecin pouvant juger de l'opportunité de l'envoi à un centre ou une unité de la douleur des patients qui me seraient adressés alors par mes propres correspondants.

□ Je veux orienter mon activité vers la création d'une véritable unité de la douleur: je dois donc créer moi-même un réseau de confrères passionnés par cet abord des patients douloureux chroniques qui acceptent de réaliser des formations spécifiques dans la douleur. Plus encore, il serait indispensable de me rapprocher d'un ou deux médecins de spécialités différentes pour initier un début de pluridisciplinarité sachant que je deviendrai le médecin algologue coordonnateur. Mes confrères qui travailleraient à proximité, m'apporteraient la compétence :

- Des médecins anesthésistes réalisant quelques actes infiltratifs nécessaires,
- Des médecins psychiatres ou psychosomaticiens capables de compléter l'évaluation et de débiter un programme
- D'un médecin rhumatologue ou rééducateur fonctionnel sachant accorder un temps plus long et une prise en charge spécifique pour ces patients pris en charge par cette unité naissante de la douleur.

En pratique, se posent deux problèmes, la reconnaissance vis-à-vis du Conseil de l'Ordre de mon activité de médecin algologue, ce qui est actuellement impossible, sauf par l'acquisition d'une capacité d'algologie permettant de mentionner cette particularité sur mes ordonnances et à l'entrée de mon cabinet. Le niveau des tarifs de consultation malgré leur longueur prévisible ne pourrait être que celui d'un médecin généraliste et éventuellement d'une consultation de médecin spécialiste. Le deuxième problème est l'existence d'une double consultation ou de deux consultations itératives pour chaque malade pris en charge par ce début de pluridisciplinarité.

Ceci peut être critiquable dans la mesure où les tutelles peuvent craindre un effet volume (augmentation du nombre de consultations sur les mêmes malades) sans porter la preuve d'une meilleure qualité de prise en charge car il n'y a pas d'outils objectifs d'évaluation à notre disposition.

Souvent, les débuts de création d'un réseau local se font sur la qualité intrinsèque du consultant algologue :

- L'honnêteté de sa pratique,
- Les liens privilégiés qu'il a pu tisser au niveau local avec ses confrères et avec les organismes de tutelles.

Je suis un médecin d'hôpital ou de clinique

Là aussi, deux possibilités s'offrent à moi :

- Je deviens un médecin référent algologue appartenant au réseau douleur régional, capable de réaliser, par exemple, si je suis médecin anesthésique, les blocs loco-régionaux intraveineux à la guanéthidine ou les infiltrations péridurales spécifiques chez les malades douloureux chroniques.
- Mon activité également dans cet hôpital ou cette clinique peut être celle du premier référent interne douleur de l'établissement. Je serai donc appelé pour donner mon avis de médecin formé à l'évaluation et au traitement de la douleur par tous les autres confrères des différentes disciplines.

C'est à partir de mon activité que pourra être optimisée :

- La prise en charge du malade douloureux cancéreux,
- La douleur postopératoire dans le cas où je suis médecin anesthésiste réanimateur,
- Enfin, une réflexion sur la prise en charge palliative pourra débiter sous mon égide.

Mon activité peut également constituer le premier pas vers la création d'une véritable unité de consultation anti-douleur. Ceci doit être réalisé en accord avec le projet d'établissement de l'hôpital ou de la clinique. Je dois alors également m'adjoindre les compétences de médecin psychiatre, d'un neurologue ou d'un médecin généraliste formé à la relaxation médicale.

Au début, je peux difficilement déterminer une plage spécifique de prise en charge des patients douloureux, mais à terme, si l'ensemble des services rendus à mes confrères internes et aux différents médecins généralistes travaillant avec l'établissement se confirme, il peut être créé, si la volonté de l'établissement et mon engagement personnel le permet, un niveau supérieur d'organisation de la prise en charge du douloureux : l'unité de consultation anti-douleur.

4.2.2. L'unité de consultation anti-douleur

Cette organisation sous-entend un lieu spécifique où sont regroupés les médecins pour voir, à des horaires bien déterminés et durant au minimum cinq demi-journées, des malades douloureux chroniques pour une véritable évaluation et une prise en charge thérapeutique.

En conséquence, il semble qu'il soit préférable que ce soit à partir d'un établissement de santé, que puissent s'organiser de telles unités.

Elle dispose de lits d'hospitalisation spécifiques à l'évaluation et au traitement de la douleur, situés au sein de la structure ou mis à disposition dans un ou plusieurs services de l'établissement.

Un plateau technique est disponible pour cette unité.

On peut y suivre une formation et l'activité de recherche y est souhaitable.

Il est préférable que ce soit l'initiative d'au moins deux médecins, fortement impliqués dans cette activité, qui structurent l'unité. Peu importe que ces médecins soient de disciplines différentes, l'essentiel est qu'ils assurent un véritable suivi tout au long de l'année, des patients qu'ils sont amenés à prendre en charge. En effet, la notion d'unité implique que l'action thérapeutique ou d'évaluation ne soit pas ponctuelle mais intégrée dans un suivi correct et là aussi dans un réseau coordonné de soins en amont et en aval. Pour l'amont, c'est l'ensemble des médecins généralistes ou spécialistes correspondants ou référents. Pour l'aval, c'est le centre anti-douleur régional avec lequel des liens dès le début doivent être tissés, parfois sous forme d'une convention, ou d'une vacation des médecins du centre parmi les médecins de cette unité nouvelle.

Dans cette unité bien sûr, sous forme de vacations rigoureusement effectuées à des horaires précis, seront présents un rhumatologue, un neurologue, un médecin psychiatre ou psychologue, éventuellement un médecin généraliste formés à la douleur comme les autres médecins spécialistes.

A ce niveau, la pluridisciplinarité doit être constante et réelle pas uniquement dans l'esprit des thérapeutes mais également par l'intermédiaire de consultations associant plusieurs spécialistes, de réunions de travail ou la problématique des patients douloureux sont évoqués sur dossier.

Le fonctionnement par ailleurs est le même qu'au niveau d'une consultation de médecin algologue, c'est-à-dire que les services rendus sont externes vis-à-vis des patients adressés en ambulatoire et internes à tous les malades hospitalisés dans la clinique ou l'hôpital.

Les lits d'hospitalisation spécifiques

Cette clinique qui a donc accepté dans son projet d'établissement, le développement de l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur doit pouvoir mettre à disposition dans un service spécialisé ou dans plusieurs services, des lits d'hospitalisation spécifiques pour l'évaluation et le traitement des patients douloureux. L'encadrement infirmier, aide-soignant ou paramédical de cette fraction de service doit être formé à la douleur et à sa prise en charge. La responsabilité médicale des hospitalisés dans ces lits est dévolue au médecin de l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur.

Les locaux techniques

- Un plateau technique est utile à l'évaluation et au traitement des patients douloureux. Il servira à la réalisation de gestes spécifiques sous anesthésie générale ou locale et d'infiltration. Dans une salle de consultation, sont réalisés des gestes infiltratifs plus légers, les locations d'appareil de neurostimulation transcutanée, de réglage de neurostimulation cordonale postérieure, les techniques de mésothérapie, et de méso-perfusion lente,
- Un plateau technique éventuellement de radiologie interventionnelle,
- Un plateau technique de rééducation fonctionnelle.

L'activité

L'activité clinique : Elle est centrée sur la prise en charge et l'évaluation des patients douloureux chroniques, mais elle doit comporter obligatoirement une action sur une meilleure prise en charge de la

douleur des cancers traitée dans l'établissement, une prise en compte des soins palliatifs avec rapidement le détachement de quelques vacations médicales et d'une équipe infirmière pour la création d'une unité mobile de soins palliatifs, une attention particulière pour la prise en charge des douleurs post-opératoires.

L'activité de formation : Elle se développera en interne pour augmenter le niveau de compréhension des malades douloureux par l'ensemble du personnel paramédical de l'établissement, grâce aux réunions médicales. L'ensemble des intervenants dans la clinique doivent être informés pour mieux préciser le rôle et les apports possibles de cette unité de consultation anti-douleur au sein de l'établissement. Cette unité peut accueillir bien sûr des stagiaires participant à la capacité et aux diplômes de formation à la douleur du C.H.U.

La formation peut être externe, par la réalisation de différentes formations médicales continues, auprès des médecins travaillant avec l'établissement en question. Si une activité de recherche est souhaitable sur le plan clinique, il paraît encore plus indispensable que cette unité s'intègre dans un programme d'évaluation de résultats de soins en santé, des structures anti-douleur et d'un programme d'assurance-qualité. Dans cette clinique ou ce centre hospitalier, l'existence d'une telle structure améliore l'image de marque de l'établissement. Mais son objectif clinique est surtout de faire rapidement diffuser et accepter les prises en charge et les évaluations de la douleur qui, sans cette dynamique de proximité, aurait du mal à trouver les moyens de modifier les pratiques. Dans ces établissements, surtout s'ils sont à but lucratif et s'il y a une importante activité orthopédique, l'unité de traitement de la douleur peut apporter, en terme de revenus à l'établissement, des points de forfait de salle d'opération, un nombre de consultations supplémentaires non négligeables et optimiser l'occupation des lits. Mais le gain essentiel est pour les patients qui s'aperçoivent que, malgré le fonctionnement intense de l'établissement, leur cas personnel peut être pris en charge individuellement avec une attention toute particulière. Ceci est surtout vrai pour les suites de chirurgie orthopédique dont on sait qu'un pourcentage non négligeable ne suit pas l'évolution rapidement favorable. Ainsi, globalement cette unité peut être dans un établissement de moyenne importance, un des critères de qualité non négligeable de l'établissement

4.2.3. Le Centre Anti-Douleur

Il propose des consultations externes quotidiennement. Il dispose de lits d'hospitalisation spécifiques à l'évaluation et au traitement de la douleur, situés au sein de la structure elle-même ou mis à disposition dans un ou plusieurs services de l'établissement.

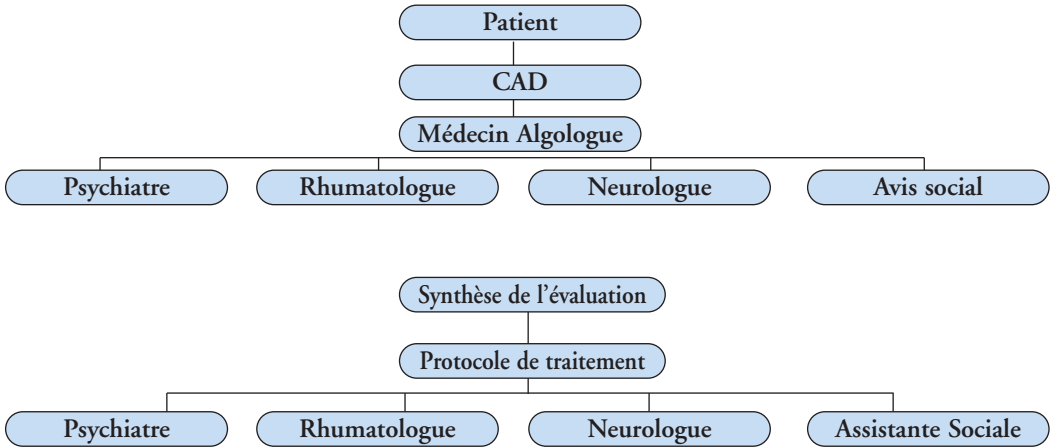
Un plateau technique est propre à l'unité ou disponible dans un des services de l'établissement. Médecins et soignants peuvent y suivre une formation et l'activité de recherche y est obligatoire. C'est une grosse structure qui doit tendre vers une exhaustivité des différents domaines où la douleur doit être prise en charge. La pluridisciplinarité doit bien sûr être présente, mais ce qui caractérise l'organisation de ce centre, c'est la présence de médecins à temps plein sur cette activité. Un minimum de deux semble indispensable. L'activité de ces médecins est bien sûr focalisée autour de deux activités principales, les consultations externes, et les consultations internes à l'hôpital.

Les consultations

Différents modes d'organisation sont possibles.

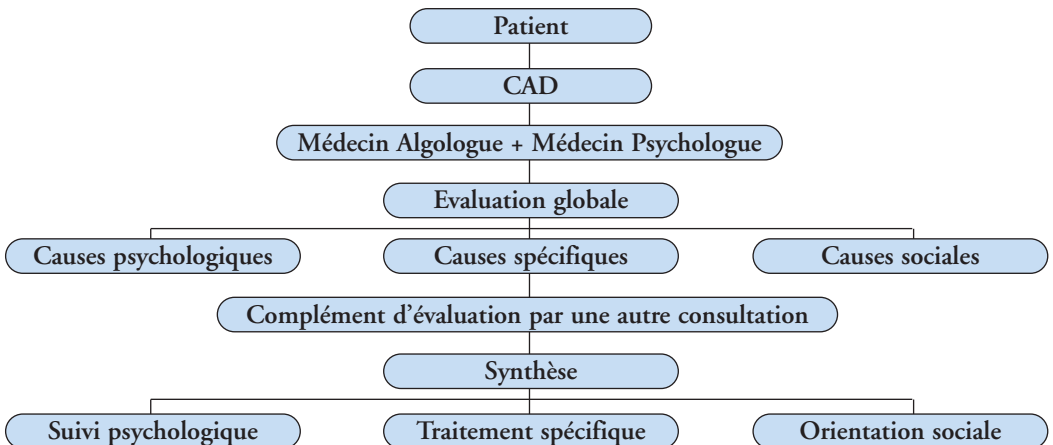
- **Modèle à trois consultations minimum**

Le patient voit tout d'abord le médecin algologue puis les spécialistes appropriés. Une consultation finale permet ensuite de faire la synthèse de l'évaluation.



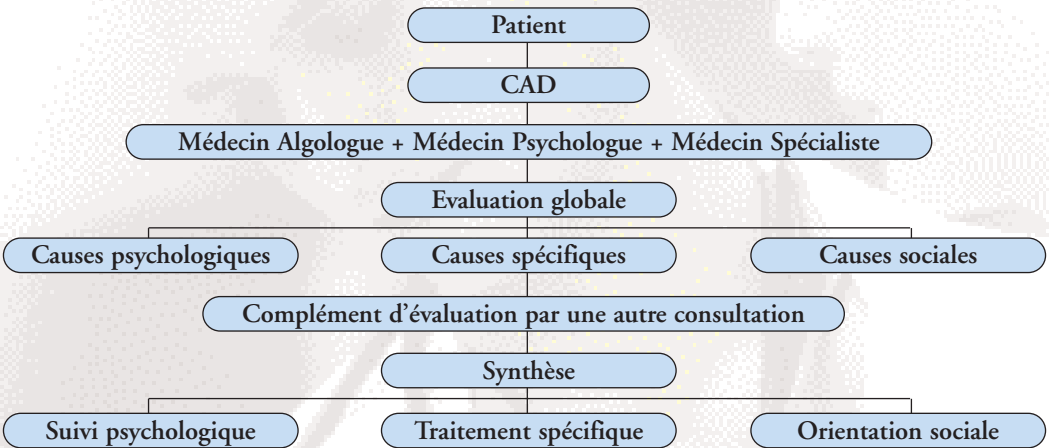
- **Modèle à une consultation double**

Lors de sa première consultation, le patient voit à la fois le médecin algologue et le psychologue



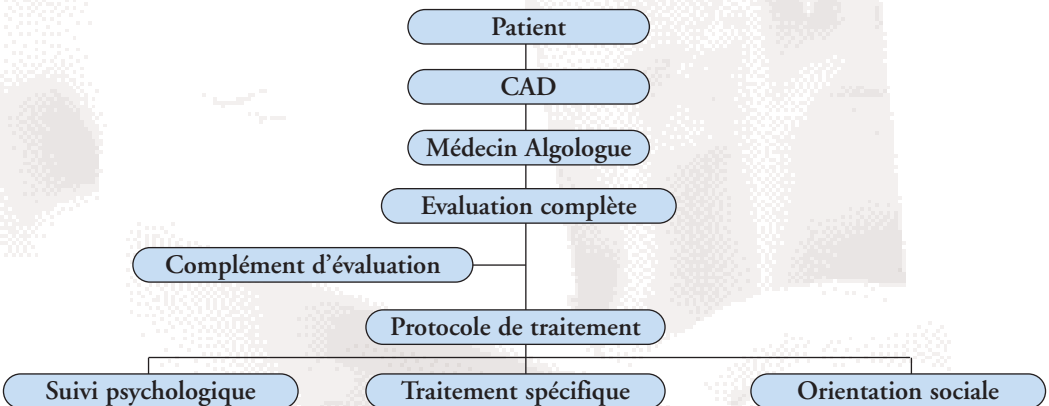
- Modèle à une consultation triple minimum

La première consultation se passe en présence du médecin algologue, du psychologue et d'un spécialiste. Il peut aussi y avoir un avis social.



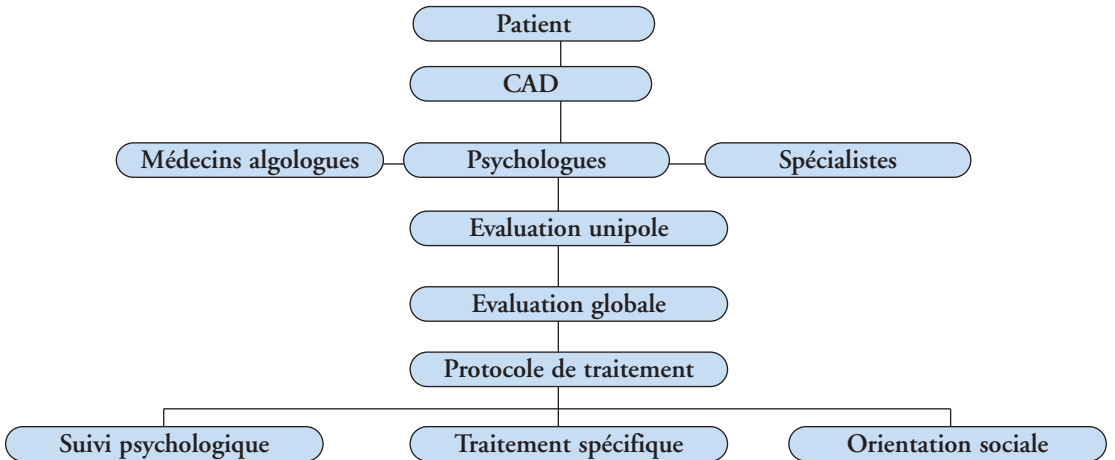
- Modèle à une consultation singulière en un temps

Ici, c'est le médecin algologue qui réalise l'évaluation complète du patient.



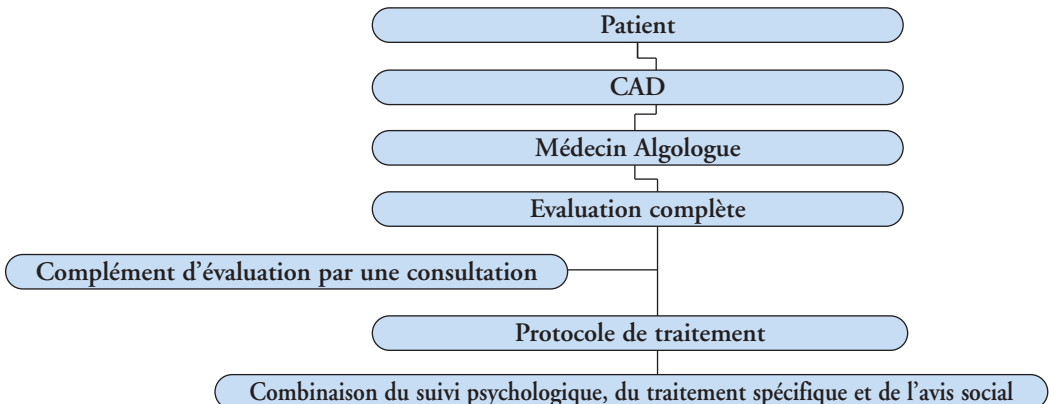
- Modèle à une consultation singulière en deux temps

Chaque médecin présent lors de la consultation évalue la douleur puis, par mini-échanges entre eux, ils aboutissent à une évaluation globale.



- Modèle à une consultation singulière en un temps polyvalente

L'évaluation complète est faite par le médecin algologue qui prescrit une thérapeutique combinant les différents traitements.



- Exemple de Montpellier

Le processus de prise en charge du patient douloureux chronique peut se décomposer en deux sous-processus :

- Le premier sous-processus : prise en charge du patient douloureux chronique en consultation
- Le deuxième : prise en charge du patient douloureux chronique en hospitalisation.

(Annexe 3 : Consultation au Centre Anti-Douleur du CHU Saint Eloi, Montpellier)

La présence de lits d'hospitalisation spécifiques

Une partie de service (médecine interne, médecine spécialisée) doit être dévolue exclusivement à l'hospitalisation de patients douloureux pour leur évaluation ou leur prise en charge.

Ces lits peuvent contenir également des lits de prise en charge palliative. L'ensemble nécessite un personnel formé, comprenant une ou deux infirmières, consacrant un temps complet de leur activité à cette prise en charge algologique ou de soins palliatifs.

Le fonctionnement

Les médecins à temps plein, associés à des médecins vacataires dont les disciplines doivent être au minimum la neurologie, la psychiatrie et la rhumatologie, doivent pouvoir se rencontrer lors de réunions hebdomadaires pour faire le point sur les cas de patients douloureux confiés à la structure (hospitalisés ou vus en ambulatoire). Beaucoup de centres anti-douleur sont nés au sein des départements d'anesthésie-réanimation.

Depuis des années, les médecins travaillant dans l'unité de la douleur sont des médecins anesthésistes se détachant de leur activité classique de bloc opératoire ou de réanimation pour s'impliquer dans cette activité de prise en charge de la douleur. Ceci a permis sans difficulté l'utilisation des plateaux techniques.

Le plateau technique

Il faut avoir un plateau technique indépendant ou accolé à une structure de chirurgie ambulatoire ou encore une partie du bloc opératoire général. En effet, la réalisation de gestes complexes d'infiltrations profondes des nerfs crâniens, de blocs stellaires, de blocs coeliaques, périurales ou intrathécales, doit être réalisable dans ce centre anti-douleur.

Les conditions techniques et de sécurité doivent être parfaites, ainsi la présence d'une infirmière anesthésiste dévolue à l'activité douleur est souhaitable.

Les activités de formation

C'est la particularité essentielle du centre anti-douleur d'avoir une politique globale de formation et d'enseignement sur la douleur.

Il y a non seulement de la formation interne mais la formation est également externe avec animation de formations médicales continues au niveau régional, sensibilisation par de grandes réunions sur la douleur dans tous les établissements hospitaliers et les grandes cliniques de la région en liaison avec les autres unités de consultations anti-douleur locales et organisation d'une journée annuelle de formation médicale continue accréditée sur la douleur.

Quant aux formations universitaires, elles sont indispensables.

Il y a obligation de posséder au moins un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de formation. Le premier niveau est le diplôme de formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur (regroupant médecins, infirmières, paramédicaux et pharmaciens).

Le deuxième niveau est la Capacité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD).

Le développement d'une activité de recherche tant pharmacologique que clinique doit aboutir à une éventuelle formation de diplôme d'études approfondies en liaison avec les facultés de médecine ou de sciences.

Enfin, le centre régional doit être référent pour toutes les autres structures de la région sanitaire vis-à-vis du programme d'évaluation en santé ou d'assurance qualité.

Il est souhaitable que dans chaque hôpital hospitalo-universitaire puissent se développer de telles structures.

On voit donc que l'organisation au niveau d'une région de la prise en charge du problème de la douleur se décline en plusieurs niveaux où l'activité se pondère différemment entre la clinique, l'enseignement, la recherche.

Un médecin consultant algologue dans sa zone d'exercice peut rendre d'importants services pour que soient modifiées dans le sens d'une amélioration, l'évaluation et la prise en charge des douleurs. C'est l'essentiel de sa mission : 90 % de son temps sera consacré à la clinique. A un niveau supérieur, l'unité de prise en charge de la douleur pourra consacrer 70 % de son activité au travail clinique et 30 % à une activité d'enseignement et de recherche. Au niveau des centres anti-douleur, 50 % de l'activité sera clinique et 50 % enseignement recherche.

On constate également une différence dans la lourdeur des patients à prendre en charge au point de vue des thérapeutiques algologiques à mettre en place. Si au niveau d'une consultation de médecins algologues, les protocoles algologiques sont rapidement efficaces et produisent une amélioration très gratifiante, plus on évolue vers les unités et les centres, plus la complexité des malades sélectionnés est grande. C'est là où l'action pluridisciplinaire de praticiens performants et expérimentés trouve toute sa justification au niveau des centres anti-douleur.

Au cours du temps, chaque unité pourra constater année après année, que la lourdeur des patients qui sont confiés par les référents médecins généralistes ou spécialistes augmente. Dans les centres anti-douleur qui ont plus de 10 ans d'existence, une grande partie des protocoles algologiques sont pratiqués plus précocement et de façon plus large.

Ainsi, les patients arrivant au centre anti-douleur sont des patients plus complexes, ayant déjà résisté à de nombreux traitements.

C'est l'évolution inéluctable des structures de la douleur que de sélectionner des patients de plus en plus complexes, mais c'est aussi le signe que les diffusions de message pour mieux prendre en charge la douleur se sont effectivement produites.

6 **Q**ue peut contenir une structure anti-douleur ?

Exemple du Centre Anti-Douleur de Montpellier et de son réseau

régional [1, 8, 9, 10, 11, 14]

Ce qui va suivre présente la panoplie de toutes les activités qui peuvent être intégrées ou graviter en synergie ou en complémentarité avec l'idée de prise en charge de la douleur des patients. Il ne faut pas penser que c'est toujours un objectif idéal à atteindre mais savoir qu'en fonction des circonstances locales et des personnes, le groupement de plusieurs des activités décrites est opérationnel.

A qui rattacher l'unité douleur ?

L'algologie n'étant pas une spécialité, il est souvent obligatoire de la rattacher à une discipline ayant pignon sur rue !

- L'anesthésie-réanimation est un rattachement naturel souvent réalisé dans la mesure où les départements d'anesthésie comptent de nombreux praticiens dont le détachement d'un ou de plusieurs est en pratique réalisable,
- La neurologie a l'avantage d'une compétence scientifique dans le domaine non discuté,
- La rééducation fonctionnelle ou la rhumatologie a l'avantage du plateau technique,
- La neurochirurgie permet de conserver une aura chirurgicale à l'algologie,
- La médecine interne est habituée à travailler en réseau interne et externe à l'hôpital.

La question du rattachement en CHU n'est pas tranchée. C'est affaire de circonstance locale. Le centre anti-douleur idéal peut comporter différentes activités.

6.1. Une unité de consultation interne

Tout a commencé il y a vingt cinq ans dans ce centre anti-douleur. Au début, la consultation avait un nombre de nouveaux patients annuel modeste, mais rapidement, de façon souvent exponentielle, en quelques années et surtout durant les cinq dernières, le nombre des nouveaux patients s'est stabilisé autour de mille cinq cent. Les consultations réalisées au centre sont de l'ordre de six mille, ceci permet d'évaluer à quatre le nombre de consultations annuelles par patient adressé à ce centre.

On ne peut parler de centre anti-douleur idéal qu'après un certain nombre d'années de fonctionnement étant donné la nécessité de constituer un réseau de correspondants qui ont pris l'habitude de travailler avec cette unité. Ces différents médecins généralistes ou spécialistes répartis harmonieusement sur toute la région sanitaire, voire au-delà, car la notoriété du centre est excellente, savent choisir les patients qui peuvent bénéficier de cette courte prise en charge.

Ils savent aussi réactiver les messages formulés lors de ces quelques consultations aux patients.

6.2. *Un réseau de correspondants et de référents*

Il y a en effet, impossibilité de fonctionner sans l'existence de ce réseau centripète et centrifuge autour du centre de consultations externes. La plus grande partie des médecins s'adressant au centre sont des généralistes, mais par ordre décroissant, font appel au centre anti-douleur, les rhumatologues, puis les chirurgiens orthopédiques, les gastro-entérologues et toutes les autres spécialités.

Une grande partie de ces médecins qui savent ce que peut apporter une unité de traitement de la douleur, ont été formés lors d'enseignement post-universitaire, de journée annuelle de la douleur ou ont participé à l'enseignement du diplôme universitaire d'évaluation et de traitement de la douleur. Ce maillage de confrères informés est suffisamment dense pour continuer à diffuser les messages de ce réseau aux autres confrères qui n'ont pas eu cette formation. Un certain nombre de ces collègues ont été si fortement intéressés à cette pratique qu'ils ont décidé de réserver une partie de leur activité au traitement des patients grâce aux techniques algologiques.

Ce sont des médecins anesthésistes qui acceptent de faire des consultations de douleur chronique mais également des gestes spécifiquement algologiques et nécessitant un plateau technique (blocs à la guanéthidine ou infiltrations...).

Ce sont également des médecins généralistes qui ont accepté de modifier leur pratique par intérêt personnel et pour leurs patients sur le mode de développement de consultations de relaxation médicale et d'accompagnement de douloureux chroniques sur plusieurs mois en liaison avec le centre régional de traitement et d'évaluation de la douleur. Cette grande confiance, est entretenue par le courrier qui rend compte en quelques mots compris par tous, la problématique globale de ces patients douloureux chroniques pris en charge par ce réseau douleur. Chaque médecin du centre travaille avec un certain nombre de référents privilégiés mais tous les médecins du centre sont capables de travailler avec tous les correspondants de ce réseau.

Les médecins sont au nombre de quatre. Quatre algologues généralistes dont l'origine en tant que formation spécialisée et variée, dont deux médecins anesthésiologistes réanimateurs, un médecin rhumatologue, un médecin neuropsychiatre. Il est important de constater que des praticiens d'âge différent, cohabitent dans cette unité.

6.3. *La consultation interne à l'établissement.*

Dans ce centre, s'est développée depuis le début, une unité mobile de consultations d'algologie interne à l'établissement, qui s'est donnée comme mission, de répondre à la demande des services de ce centre hospitalier universitaire dans un délai de moins de 12 h, pour aller aider les équipes à mieux gérer un problème de douleurs chez leurs patients.

Ainsi, annuellement, un millier de consultations s'effectuent au lit du malade sur demande de l'interne, du chef de clinique, ou des praticiens hospitaliers de l'ensemble des services de l'établissement.

Depuis quelques années, la confiance étant établie, il n'y a plus aucun service qui ne fasse appel, une fois par semaine à une fois par jour, au service de l'unité de traitement de la douleur.

Un bon de consultation est rédigé par le médecin prenant en charge le patient, le médecin algologue consigne un compte-rendu de cette consultation avancée dans le dossier, puis parfois prescrit une adaptation ou un traitement sous sa signature et avec acceptation des prescripteurs du service.

Les domaines où ces consultations internes sont le plus demandés sont la cancérologie : adaptation d'un traitement morphinique, seringue automatique, mise en place de technique de P.C.A. (analgésie contrôlée par le patient), les malades douloureux chroniques avec intrication de phénomènes psychologiques et sociaux, surtout en rhumatologie et enfin, les cas de douleurs inexplicables où un regard nouveau peut aboutir à trouver les explications ou les solutions. Cette présence du médecin algologue dans le service, permet une formation continue des infirmières mais également des internes et des chefs de clinique.

6.4. Un secrétariat spécifique

L'ensemble de ces demandes de consultations est géré par deux secrétaires médicales spécialisées entraînées à la détection des demandes de consultations urgentes. Elles savent aussi orienter les patients en fonction de leur pathologie vers les médecins et leur profil de compétence dominant.

C'est surtout la nécessité de filtrer les appels directs des patients qui ne sont pas passés par des médecins référents qui est importante. En effet, un patient qui souffre et qui demande une consultation pour lui ou ses proches, est plus dans le domaine de l'affectivité que de la raison et il est très délicat mais indispensable de conseiller à ces patients de suivre une filière logique. La filière de soins, c'est le médecin généraliste qui décide de demander une consultation au centre de la douleur. Gérer ces appels qui sont multiples nécessite une grande expérience et maturité. Les secrétaires tapent également sans retard le courrier adressé au médecin référent.

Un numéro de téléphone spécifique centralise tous les appels extérieurs et intérieurs à l'établissement. En plus du secrétariat qui répond aux heures de bureau, existe une permanence téléphonique 24h/24h, 7 jours sur 7 qui permet de répondre aux demandes de conseils des médecins libéraux ou des médecins hospitaliers. Ainsi trois à cinq appels quotidiens sont recensés à Montpellier.

Expérience d'une secrétaire du Centre Anti-Douleur

Les appels sont nombreux. Certaines matinées, l'activité du secrétariat est occupée uniquement par le téléphone.... Les communications durent plus ou moins longtemps selon les patients. Le bon déroulement d'une matinée de consultation dépend d'une bonne programmation. Il est donc indispensable de questionner le patient.

Ayant connaissance des pathologies qui ne peuvent attendre (cancer, algies vasculaires de la face, zona, etc.), la programmation devient alors plus aisée et la secrétaire ne doit pas se laisser "attendrir" par le patient qui prétextant qu'il souffre de migraines, de douleurs de l'épaule ou autre depuis plus de dix ans, n'y tient plus et "doit" venir tout de suite.

Si la date proposée ne lui convient pas, il fera intervenir son médecin traitant qui tentera de faire avancer le rendez-vous auprès du secrétariat, mais aussi contactera directement le médecin du centre qui n'ayant pas le cahier de rendez-vous sous les yeux, acceptera cette demande quelques jours plus tard "en fin de matinée". Il s'ensuit une surcharge à la consultation, bien souvent déjà très en retard du fait d'une programmation trop serrée.

A plusieurs reprises, il a été constaté que ces patients pressés "oubliaient" de venir. Contactés par téléphone, ils étaient chez eux et avaient complètement négligés leur rendez-vous. Pour faciliter l'accueil des consultations demandées en urgence, il est recommandé de ne pas remplir systématiquement le cahier de rendez-vous et de laisser la dernière plage horaire disponible en fin de matinée. Ceci évite les pertes de temps pour trouver une place, les discussions plus ou moins orageuses avec le patient, l'intervention du médecin traitant et surtout la programmation "hors consultation" qui génère de nouveaux dysfonctionnements. Si l'urgence ne se présente pas, il y a toujours une demande de dernière minute qui pourra être satisfaite évitant ainsi "de perdre une place". Il faut pour cela que toutes les secrétaires aient assez de rigueur pour ne pas céder aux pressions du malade non urgent et du médecin du centre pour combler cette place qui apparaît disponible, ce qui n'est pas toujours le cas. Lorsqu'aucune possibilité de programmation rapide ne peut être réalisée, il est proposé au patient de fixer le rendez-vous à la première date disponible et de l'appeler en cas de désistement. Cette forme d'attente est très bien acceptée par le patient et le médecin traitant. Il est alors établi une liste mais combien de fois, quand nous appelons les patients, il nous est répondu : "ah, non, je ne peux pas venir, je vais manger chez ma fille", "non, ce n'est pas possible, je serai en voyage", "je ne peux pas, je garde mon petits-fils" etc. Le rendez-vous programmé à deux mois de délai est donc conservé sans histoire..... et il n'est plus question d'urgence ! Calmer un patient agressif exigeant un rendez-vous immédiat pour ses migraines, fait partie du quotidien. Il faut trouver l'argument qui lui fera accepter un délai d'attente. Lui proposer qu'il ne reste plus qu'à déplacer les malades cancéreux pour l'accueillir lui fait déjà presque oublier ses maux de tête et la raison revient immédiatement De même, un patient qui souhaite sa consultation avec un médecin du centre qui lui a été fortement recommandé, s'il refuse un rendez-vous plus rapproché avec un autre médecin tout aussi compétent, la secrétaire doit lui faire accepter l'attente ou le premier médecin. Ceci doit se faire avec énergie car ce n'est pas le patient qui fait la programmation !

Accueillir un consultant dans un délai de deux voire trois mois est difficilement acceptable pour lui comme pour le centre. Un malade habitant une ville extérieure possédant une consultation de la douleur doit être dirigé par son médecin traitant au plus près de son domicile. Les généralistes ignorent quelquefois l'existence des centres spécialisés même très proches et répondent peut être aussi trop facilement à la demande du patient qui souhaite sa consultation spécialisée. Bon nombre de malades appellent de leur propre initiative et obtiennent sans restriction le courrier qui leur est demandé pour avoir leur rendez-vous. Bien répartir l'accueil des patients permet aussi de gérer dans un délai raisonnable l'envoi du courrier de consultation qui doit arriver dès que possible chez le médecin traitant.

Plus la consultation est chargée et désorganisée par les patients "pris en plus", plus il y a de manipulations, de dossiers à sortir, à reclasser, à créer, plus les cassettes de lettres de liaison s'accumulent, et les communications téléphoniques réclamant les comptes-rendus sont une nouvelle perte de temps.

Confrontée aux patients impatients et aux médecins qui ne savent pas toujours dire "non", la secrétaire doit être rigoureuse et suffisamment déterminée pour pallier les débordements. Elle doit néanmoins être disponible. C'est au secrétariat que le patient se présente en arrivant et le meilleur accueil doit lui être réservé même si les conditions de travail ne le permettent pas toujours facilement.

6.5. Les médecins vacataires : praticiens hospitaliers associés

Il est essentiel de ne jamais se couper de la problématique des médecins généralistes.

Ces médecins, formés au diplôme de la douleur, par intérêt ou par passion, peuvent préférer garder une activité hospitalière à l'intérieur du centre en plus de leur activité libérale de médecin généraliste. Ceci permet de recentrer les problèmes du centre anti-douleur sur ceux rencontrés dans le cadre de la médecine générale.

Ces médecins renforcent l'activité des quatre médecins spécialistes à temps plein.

- Un médecin rééducateur fonctionnel avec trois vacances hebdomadaires, qui consulte souvent en tandem avec un médecin algologue, et qui apporte la compétence de son domaine spécifique,
- Un médecin neurologue plus spécialisé dans les techniques d'exploration électrophysiologique et d'imagerie,
- Deux médecins psychiatres qui ont trois fonctions : des consultations en tandem avec les autres médecins du centre pour assurer une expertise pluridisciplinaire, une formation permanente des médecins du centre, mais également une mission de consultation psychiatrique spécialisée quand des patients envoyés au centre le nécessitent. Ils ont également chacun trois vacances.
- Deux médecins acupuncteurs qui ont un regard différent par leur grille d'analyse, des patients douloureux. Ils accompagnent au moyen de leur thérapeutique à forte composante symbolique, certains douloureux chroniques vers une amélioration de leur état en synergie et liaison permanente avec les algologues. Ils ont été formés au diplôme de la douleur.

Les médecins généralistes assurent aussi des techniques de mésothérapie et animent deux groupes de patients douloureux chroniques pris en charge dans des cycles de dix séances de relaxation médicale. Les patients ne doivent pas habiter trop loin du Centre.

6.6. Un secteur d'hospitalisation.

Un secteur d'hospitalisation de six lits est accolé aux consultations et au secrétariat. Un pool d'infirmières et d'aides-soignants accueille des patients cancéreux dont il faut équilibrer le traitement antalgique (deux lits), des patients lombo-sciatalgiques souvent multi-opérés (deux lits), des patients atteints de céphalées ou d'algies de la face (deux lits) et des patients à évaluer dans leur souffrance globale (deux lits) présentant des douleurs particulières ou nécessitant des soins palliatifs difficiles.

6.7 Une unité mobile de soins palliatifs

Elle se composait au début de deux médecins à mi-temps spécialisés dans les soins palliatifs et d'une équipe propre de psychologue, assistante sociale, et deux infirmières à mi-temps, actuellement; l'équipe comprend plus de quinze personnes.

L'ensemble du personnel permet d'assurer une astreinte pour le service d'hospitalisation et de l'unité mobile de soins palliatifs. L'assistante sociale sert les deux activités (activité douleur et activité palliative) surtout pour gérer les retours à domicile, en liaison avec une association de bénévoles, des associations d'hospitalisation à domicile, ou des structures équivalentes privées du département et de la région.

6.8. Une unité technique spécifique : la consultation infirmière

Cette unité prend en charge en ambulatoire des gestes d'algologie chez les patients qui les nécessitent. Ce bloc technique, qui est accolé à l'unité de chirurgie ambulatoire, est géré par une infirmière anesthésiste. Il comprend une salle à deux box :

- L'un pour les gestes nécessitant une sécurité d'environnement (parce qu'il y a acte d'anesthésie, ou parce qu'il y a infiltration profonde)
- Un autre box permettant de gérer les techniques de mésothérapie, d'infiltrations plus superficielles ou d'explication de mise en place-réglage des appareils de neurostimulation.

Gravitant autour de cette structure à multiples facettes, existe l'unité de traitement de la douleur aiguë composée de deux médecins anesthésiologistes référents formés au diplôme de la douleur travaillant à mi-temps dans l'unité de traitement de la douleur aiguë, aidés par deux infirmières anesthésistes à mi-temps.

Leur mission est de mettre en place les techniques anti-douleur postopératoire, leur suivi et leur évaluation, la formation continue des infirmières qui auront à prendre la responsabilité de l'utilisation des pompes d'analgésie contrôlée par le patient dans tous les services de chirurgie.

6.9. Une activité de pédagogie

Celle-ci est dirigée vers les infirmières et les médecins. Ceci implique de gérer un diplôme de prise en charge de la douleur par les professionnels de santé en réseau, une capacité d'évaluation et de traitement de la douleur. La pédagogie est également confiée aux infirmières gérant les techniques de douleur postopératoire. Les autres activités d'enseignement de l'ensemble de l'équipe sont les journées de formation pluriannuelles et le congrès annuel.

Enfin, sont développés le diplôme universitaire de médecine palliative et la formation aux techniques de relaxation médicale et de psychologie appliquée à la douleur.

6.10. Une activité de recherche

Elle doit être clinique pour gérer l'expérience accumulée dans ces consultations de douleurs chroniques. L'étude des médicaments en phase IV est également réalisée.

Enfin, les unités plus spécialisées sont associées au centre anti-douleur sous forme de travail de deux chefs de clinique à mi-temps sur le centre anti-douleur et un mi-temps sur les laboratoires de recherche INSERM ou CNRS dont le centre d'intérêt est proche des problèmes de physiopathologie de la douleur.

En conclusion, une activité pluridisciplinaire harmonieuse est réalisée grâce à l'existence de deux réunions de service hebdomadaire, une pour faire le point des nouveaux patients vus durant la semaine parmi les différentes consultations, l'autre pour gérer le bilan d'évaluation des patients pris en charge en hospitalisation. Pour mieux gérer ces dernières missions, la psychologue à temps plein est présente dans le centre et également un épidémiologiste statisticien.

Chacun des membres de cette équipe a toujours au minimum une double fonction, compte tenu de ses préférences : activité clinique et recherche, ou activité d'enseignement et organisation du centre par exemple.

Les moyens pour maintenir un réseau sont l'attribution d'un certain nombre de vacances confiées au médecin du centre. Cet échange de vacances se fait essentiellement avec les grands Centres Hospitaliers Généraux (CHG) de la région situés autour du C.H.U. Ces vacances, pendant une à deux années, permettent de confronter les pratiques des équipes, d'homogénéiser les comportements à la fois cliniques et thérapeutiques et de rapprocher les hommes.

Quand l'activité est suffisamment développée en nombre de patients et en qualité, c'est vers d'autres centres hospitaliers que de nouvelles vacances peuvent être obtenues. Ainsi, année après année, il y a une véritable intégration du réseau douleur régional.

Ce réseau ne doit pas se limiter aux centres hospitaliers généraux mais peut être étendu à des établissements présentant des problèmes de douleur, comme par exemple un établissement de paraplégiques, un centre important de rééducation. Enfin, dans l'avenir, l'existence d'un réseau de télé-médecine pourrait parfaitement, sans déplacement ni de patients, ni de thérapeutes, intégrer l'ensemble des informations du réseau régional douleur au moyen de rendez-vous de télé-médecine.

Le même type de consultations avancées spécialisées peut être formalisé dans certains services du centre hospitalier régional. Ainsi, des consultations mensuelles avec les neurochirurgiens pour l'indication opératoire des cas difficiles ou pour la mise en place de sondes de stimulation cordonale postérieure feront le point des rachis multi-opérés. Rhumatologues, orthopédistes, neurochirurgiens, radiologues et médecin du travail s'associent avec les algologues.

Dans les services de cancérologie, l'apport d'une consultation mixte algologue, cancérologue, permet de mieux poser les indications psychosociales des chimiothérapies ou des retours à domicile.

7 Les médecins **du Centre Anti-Douleur** [1, 7, 8, 17, 18]

Malgré une présentation hiérarchique, il y a peu d'unités nécessitant autant d'égalités dans les rapports entre les différents professionnels d'une unité de traitement de la douleur. Ceci parce que l'évaluation, tout comme la prise en charge, ne sont optimales que dans la mesure où chaque membre de l'équipe a toute l'envergure pour rechercher et mettre sur la table de la pluridisciplinarité les éléments diagnostiques d'évaluation qu'il a repéré chez le patient douloureux chronique. De même, pour la prise en charge thérapeutique, chaque membre de l'équipe doit se sentir investi dans tout son comportement, d'un rôle thérapeutique propre.

Le patient douloureux chronique ou en fin de vie a, depuis longtemps, perdu les outils référents de base pour lutter contre la douleur. A chaque instant, devant chaque mot, toute l'attention du thérapeute est utile pour repérer les failles de cette personnalité que la douleur a déstructurée. A l'inverse, la construction thérapeutique procède d'une reconstruction d'identité globale du patient. Cette reconstruction passe par tous les actes quotidiens, toutes les pensées où l'accompagnement d'un thérapeute, qu'il soit aide-soignant ou médecin, va aider par sa seule présence, à retrouver une autre forme de lutte contre la souffrance.

7.1. Le coordonnateur de l'équipe

Il convient que celui ou celle qui va représenter ou synthétiser l'ensemble des discours de l'unité de traitement de la douleur fasse partie de l'unité et soit actif en clinique ou en enseignement à 100 % sur le centre. Une unité qui serait dirigée de l'extérieur par une personnalité n'ayant pas la compréhension intime des patients douloureux et des problèmes spécifiques de l'équipe risque l'échec à court terme dans son évolution. Ici la fonction de coordonnateur s'oppose à celle du chef, dans la mesure où la production de soins efficaces, n'est optimale que quand il y a mise en responsabilité de tous les membres de l'équipe.

Quel type de personnalité médicale choisir pour assurer la coordination d'un centre ?

On peut dire qu'il y a trois types de personnalité médicale dominante :

La première est celle du *médecin rassurant, compétent, expérimenté* qui sait gérer une équipe ou des patients avec mise en confiance et qui est d'une autorité naturelle ; parfois, sur le deuxième versant de sa vie professionnelle, cette personnalité est à même de gérer un centre déjà existant et d'importance. Il peut inspirer, par ses qualités, dans la mise en confiance des directeurs d'hôpitaux et de clinique se méfiant du risque de donner des moyens à une structure qui n'a pas encore d'exemples consensuels d'organisation.

Deuxième type de personnalité, celle d'un médecin "*hypercompétent*", brillant ayant un curriculum vitae impressionnant tant par son contenu scientifique que par l'étendue des expériences accumulées. Ce profil inspire respect et confiance pour la construction d'un centre anti-douleur ou son développement, mais beaucoup d'éléments politiques et relationnels sont nécessaires. Donc une personnalité "souple" avec l'équipe de l'unité est à rechercher. Cette personnalité donne toute la dimension à ses capacités dans des structures hospitalo-universitaires.

Troisième type de personnalité, celui du médecin *communicant* dont les capacités pédagogiques sont supérieures à la moyenne.

Cette personnalité est souvent associée à l'existence, chez les patients, d'une grande empathie qui fait rapidement diffuser une réputation exceptionnelle de ce médecin. Ce profil est parfois très utile pour démarrer une activité et réaliser l'effort pédagogique colossal. Cette personnalité est adaptée pour convaincre l'équipe de l'établissement et les médecins référents de cet établissement de soins. Le danger réside dans le fait qu'une telle personnalité peut générer soit jalousie, soit mésestime par la simplification pédagogique contenue dans son discours.

Présentée sous cette forme, la détermination des profils de personnalité des médecins choisis ou coopérés peut paraître cocasse. Pourtant, c'est de l'observation des problèmes de friction dans la communication entre individus que s'expliquent les difficultés d'implantation ou de développement des unités de traitement de la douleur.

Un jeu humoristique peut vous aider à repérer ces trois personnalités. En exergue, le jeu des "Moi". Amusez-vous à faire ce jeu, et il vous rappellera les bases de la communication.

Vous pourrez ainsi comprendre pourquoi les collaborateurs choisis ont réussi ou échoué dans leur entreprise. Il permettra aussi, d'élucider les choix que fait inconsciemment la clientèle d'un médecin vis-à-vis de celui-ci. En effet, patients et médecins forment un couple qui ont en commun le fait que le patient a choisi ce médecin souvent parce qu'il a détecté le socle de sa personnalité, ce socle qui le rassure est parfois celui :

- d'un **père** (ou mère), premier type de personnalité cité plus haut,
- soit celui d'un **frère** (ou soeur), deuxième type de personnalité,
- soit celui d'un **amant** (ou amante), troisième type de personnalité.

Pour savoir si vous êtes plutôt père, frère ou amant, il vous suffit de répondre à un questionnaire (*Annexe 4 : Testez votre personnalité*), ceci que vous soyez médecin ou autre professionnel de santé en contact avec des patients.

Plus nous comprenons ce que nous sommes, plus nous surmonterons les blocages dans la communication avec les patients, avec l'équipe ou avec les tutelles, et donc les incompréhensions inutiles et fatigantes. Si vous vous retrouvez partiellement ou successivement dans ces trois personnalités, c'est bien, mais cherchez pour chacun de vos patients dans quel rôle il vous place. Peut être le score le plus élevé que vous avez réalisé dans ces trois questionnaires reflète votre personnalité professionnelle dominante.

7.2. Les médecins anesthésistes

Ils sont, comme on l'a déjà dit, à 60 % en France comme en Amérique, présents dans les centres anti-douleur depuis leur origine. Ils constituent les piliers de ces nouvelles unités. On peut se demander pourquoi ces médecins ont été des plus nombreux et des plus assidus dans cette nouvelle activité ?

Une première raison est d'ordre sociologique et organisationnelle. Les départements d'anesthésie réanimation sont pourvus en nombre significatif de praticiens hospitaliers. Il y a vingt ans, il a donc été plus facile de détacher un praticien à temps complet dans cette activité nouvelle à partir d'un service comprenant dix à vingt ou trente praticiens hospitaliers, plutôt que de le détacher dans une spécialité ne comprenant que deux à quatre praticiens déjà attachés à des activités très spécifiques.

La deuxième raison est plus théorique. L'anesthésiologie est l'étude de la suppression de la sensation douloureuse. Ce terme relève du même fondement que l'évaluation et le traitement de la douleur.

Les anesthésistes sont des spécialistes de la pharmacologie grâce aux produits psychotropes couramment utilisés pour l'anesthésie, mais également et surtout spécialistes des produits opiacés antalgiques puissants qu'ils manient de façon pluriquotidienne. On sait que vaincre l'appréhension et la peur dans des prescriptions de morphiniques est une des étapes majeures pour la bonne connaissance et la bonne utilisation des protocoles antalgiques à appliquer aux patients douloureux.

Les anesthésistes sont des prestataires de service vis-à-vis de toutes les disciplines de l'hôpital ou d'une clinique. Ils sont déjà dans une spécialité transversale. La notion de transversalité et de prestations de services multiples est celle-là même qui doit s'appliquer à la prise en charge de la douleur où les patients sont issus de la gastro-entérologie, de la chirurgie, de l'urologie, de la rhumatologie, de la neurologie, etc....

Sans le savoir, les anesthésistes sont des spécialistes de la communication non-verbale. Ils savent en effet gérer un patient endormi qui ne communique plus le niveau de sa douleur ou de son stress que par des signes indirects qui sont parfois visibles sur les appareils de monitoring, mais qui font souvent appel à l'expérience clinique fine des médecins anesthésiologistes. Par ailleurs, il est un médecin capable de sentir la communication subliminale, empathique, de toute une équipe dans un bloc opératoire. Ce médecin doit comprendre la situation que vit le chirurgien, l'interne, l'infirmière de bloc opératoire, etc. Le médecin anesthésiste est également un technicien des actes infiltratifs, blocs, péridurale (manie- ment des anesthésiques locaux).

7.3. Les neurologues

Leur implication dans le monde de la douleur a été au début minoritaire bien que déterminante. L'investissement majeur durant ces dernières années permet de faire espérer encore un accroissement de la qualité des recherches à la fois clinique et fondamentale autour du domaine de la douleur. Leur implication importante actuelle ne fait que renouer avec la grande tradition des médecins neuropsychiatres qui par formation et par pratique savaient associer les problèmes cliniques organiques et des bilans psychologiques concomitants.

C'est un peu cette démarche de double compétence qui est l'esprit pluridisciplinaire avec lequel renouent les neurologues quand ils deviennent algologues.

Ces médecins sont également des spécialistes de l'exploration neurophysiologique et de l'imagerie neurologique qui sont des domaines très spécialisés qui ne tolèrent pas de demi-compétence.

7.4. Les médecins rhumatologues

Par le nombre des patients douloureux chroniques qu'ils sont amenés à gérer, ils furent certainement des algologues depuis toujours.

Ils avaient notamment la particularité d'avoir développé une rhumatologie sociale, et l'apport de la pédagogie en thérapie (école du dos).

Leurs services sont des lieux idéaux pour ouvrir une unité douleur.

7.5. Les médecins de rééducation fonctionnelle

Par leur formation à la fois de spécialiste de l'appareil locomoteur et des problèmes séquellaires neurologiques, ils ont des compétences toutes naturelles pour participer à l'équipe de l'unité de traitement de la douleur. Ils sont également des spécialistes des techniques physiques et électrothérapeutiques. Ils ont une vision globale des patients. Ils les accompagnent souvent durant de longues années. Ainsi, eux aussi, étaient des algologues avant la lettre.

7.6. Les neurochirurgiens

Ils ont été les premiers à maintenir durant des décennies, le fil d'une pensée sur l'évaluation et le traitement de la douleur (travaux de René Leriche). Les thérapeutiques actuelles d'algologie font moins intervenir les techniques neurochirurgicales, mais les recherches dans ce domaine, associées à l'imagerie, pourraient déboucher sur d'autres modalités thérapeutiques. En tout état de cause, un centre anti-douleur doit être associé à un service de neurochirurgie quand ce n'est pas celui-ci qui a été à l'origine de la création de l'unité de traitement de la douleur. En effet, en France, après les médecins anesthésistes, ce sont les neurochirurgiens qui ont été les plus nombreux à contribuer à la création des unités de traitement de la douleur (René Leriche, la chirurgie de la douleur, 1936).

7.7. Les médecins psychiatres

Le chemin est aussi long, du médecin somaticien qui va au milieu du gué, à la rencontre du médecin psychiatre qui le rejoint, pour suivre ensemble le courant d'un même discours pour le bien du patient douloureux chronique.

Il s'agit bien de "discours". Les incompréhensions, s'il y en a, entre ces deux mondes qui ont divergé en prenant les voies freudiennes au lieu de celles de Groddeck (conférences psychanalytiques, éditeur 10-18, 1993) quand les deux médecins se retrouvent face au patient souffrant.

Puisque tout l'enseignement du traitement et de l'évaluation de la douleur consiste à faire comprendre la complexité du symptôme douleur, c'est grâce au modèle bio-psycho-social, que nous évoquerons la démarche qui permet de se sentir bien et d'être bien ressenti dans cette consultation de la douleur.

Quelles sont les missions d'un médecin psychiatre dans une unité de la douleur ?

C'est un "expert" : il évalue les structures de personnalité des patients pour mettre en exergue le contexte psychiatrique éventuel ou plus modestement le registre psychologique dans lequel évolue la personnalité du douloureux chronique.

Il a un rôle d'enseignant permanent de tous les membres de l'équipe médicale somatique vis-à-vis des connaissances de base et de leur réactualisation dans le domaine de la psychopathologie et de la pharmacologie des psychotropes.

Il est le garant, dans le centre anti-douleur, du lien avec le réseau de psychiatres de toute la région, et se doit de connaître ceux pouvant constituer des référents privilégiés pour les malades douloureux chroniques qui requièrent un suivi de prise en charge proche de leur domicile.

Le psychiatre exercera une fonction d'enseignement dans les unités anti-douleur régionales, dans le programme du diplôme des professionnels de santé et de la douleur et de la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur.

Son activité de recherche peut s'intégrer à des programmes de recherche sur l'évaluation psychologique de la douleur, mais il peut aussi s'attacher à un travail de conceptualisation ou de théorisation quant aux cas de patients douloureux chroniques qu'il est amené à prendre en charge, de façon à essayer d'apporter sa contribution dans un domaine où tout n'a pas été dit et où tout n'est pas encore clair.

Pour toutes les missions dévolues au médecin psychiatre, il est important de "choisir" un psychiatre n'adoptant pas un comportement trop hermétique, et avec qui une relation de communication facile peut s'établir. Il faut que le psychiatre ait une bonne notion de médecine générale, voire qu'il soit capable d'examiner un patient douloureux. Il faut également que le psychiatre soit capable de connaître une large palette de techniques thérapeutiques, que ce soit dans le domaine pharmacologique, psychiatrique, psychanalytique, de psychiatrie familiale, de comportementalisme, d'hypnose, de relaxation médicale, voire d'anthropologie médicale. Remarque : pour le psychiatre qui doit s'intégrer dans le réseau régional en dehors de l'unité douleur, il est préférable que l'équipe de l'unité rencontre personnellement le psychiatre. Il faut qu'il soit régulièrement amené à prendre en charge des patients de l'unité. Il est arrivé une anecdote malheureusement dramatique à une patiente, après un séjour au centre anti-douleur où elle fut évaluée, et qui, en plus de graves problèmes organiques (opérations multiples), présentait une perturbation psychologique réactionnelle sur une structure de personnalité complexe. Adressée au psychiatre avec une lettre motivée, celui-ci, après une consultation, a préféré ne pas poursuivre et a lancé "je suis désolé, Madame, je ne peux rien pour vous".

En toute bonne foi, ce médecin avait surtout analysé la complexité de la problématique somatique ; Quant à l'élément psychique, aucun travail important n'était apparemment nécessaire. La pathologie psychique était couverte par l'excellent traitement thymo-analéptique prescrit à l'unité de la douleur. Ainsi s'effondrait tout le travail de préparation d'acceptation par la patiente, d'une psychothérapie afin de mieux gérer les douleurs neurologiques dont elle était atteinte.

Pour éviter ces désagréments, une lettre, voir un contact téléphonique, est souvent indispensable. De même, le psychiatre doit s'astreindre au retour d'information sur le suivi de la prise en charge qu'il accepte. Cette liaison doit se faire dans un langage compréhensible qui chaque fois, apporte un plus au médecin somaticien.

En conclusion, un médecin psychiatre qui a choisi une équipe de prise en charge de la douleur et qui est choisi par elle, est un élément de qualité du travail de cette équipe. Le fait qu'il soit également différent des autres praticiens dans ses critères de jugement permet de relativiser le quotidien difficile que vivent les médecins au contact des patients douloureux chroniques où la mise en échec est lourde à porter.

7.8. Le médecin de relaxation médicale

C'est souvent un médecin généraliste qui a bénéficié de formation dans le domaine psychologique et qui s'est orienté vers une technique, la relaxation médicale. Il peut gérer des consultations spécialisées d'évaluation psychologique ou surtout prendre en charge des groupes de patients douloureux chroniques dans des séances hebdomadaires de relaxation médicale.

Ces séances de groupe offrent une dynamique particulière entre douloureux chroniques présentant des problèmes médicaux différents qui parfois les aident à trouver des systèmes de gestion de leur handicap douloureux plus facilement qu'en séance individuelle.

7.9. Les médecins acupuncteurs

Les techniques d'analgésie acupuncturale ont généralement un double intérêt dans les unités de traitement de la douleur.

Elles sont fondées sur une grille clinique d'interrogatoire et d'exams, différente de la grille classique. Cette distance peut permettre d'analyser un même problème avec un système de mesure qui porte un regard neuf sur un problème ancien.

Le deuxième apport relève du domaine de la réflexothérapie dont on sait, avec les dernières découvertes de la neurophysiologie de la douleur, qu'il n'est pas exempt de moyens d'action. En tout état de cause, ces thérapeutiques ont une forte composante symbolique. Elles participent à une modification de la plainte douloureuse en synergie avec les autres techniques proposées par l'équipe.

7.10. Les autres médecins spécialistes

Pour les consultations à orientation spéciale telles que les consultations pour douleurs pelviennes, la présence de médecin gynécologue, avec compétence sexologique, formé à la douleur, est souvent importante.

La liste des médecins spécialistes pouvant apporter leur concours à l'équipe du centre anti-douleur n'est pas limitative. Elle doit se construire en fonction des particularités locales.

Conclusion : l'essentiel est qu'un esprit d'équipe favorise les échanges pour un meilleur discernement dans l'évaluation et les propositions thérapeutiques au patient douloureux chronique. Pour se faire, aucune des spécialités médicales ni des personnalités ne doit tenter de faire prévaloir son mode de pensée par rapport aux autres. C'est de cette humilité dans le quotidien que naissent l'efficacité et surtout la prévention du syndrome d'épuisement professionnel.

8 **L**es infirmières, kinésithérapeutes et aides-soignants du centre anti- douleur

[8, 14, 19, 20, 21]

8.1. L'infirmière

7.1.1. L'infirmière du service d'hospitalisation

La première exigence pour une infirmière en algologie, c'est de choisir ce poste avec un intérêt ou une motivation affirmée. En effet, il y aura un investissement de formation initiale et continue important qui ne sera pas toujours pris en charge dans le cadre des congés de formation. De plus, un rôle *pédagogique* auprès de ses collègues, élèves infirmières et à l'intérieur des structures de formation de l'unité de traitement de la douleur, sera souvent important. Les déplacements seront même possibles, soit pour la formation, soit pour la dispensation de cours. L'infirmière aura un **rôle diagnostique**. On entend par diagnostique, l'ensemble des processus d'observation, de questionnements du patient, d'écoute et d'entretien sur tous les aspects de sa vie, passée et présente et de son contexte psychosocial. Ces éléments seront recueillis durant sa vacation et les longues heures qu'elle est susceptible de consacrer au patient étant donné que, dans les structures d'hospitalisation d'algologie, il y a proportionnellement aux autres unités de soins, une plus grande disponibilité de personnel infirmier, eu égard au nombre de malades qui leur sont confiés (une infirmière pour six à douze malades).

On voit que, pour un service d'hospitalisation qui cherche à évaluer les patients douloureux chroniques, la notion de diagnostic infirmier ne se limite pas au symptôme physique que présente le patient.

Sur le plan thérapeutique, le rôle de l'infirmier est également actif : l'ensemble des temps d'échange consacrés au patient est déjà un *rôle psychothérapeutique* qu'il convient d'encadrer et de suivre grâce à la présence des médecins algologues, du psychiatre et du psychologue attaché à l'unité.

L'infirmière développe également, dans le cadre de la prise en charge globale, les techniques de relaxation et de massages, éventuellement de musicothérapie. Pour la relaxation, l'enregistrement de cassettes de séances de relaxation réalisées avec le patient est possible. Ces cassettes lui seront ensuite confiées pour qu'il continue à se remémorer les techniques qui lui ont apporté un début de soulagement.

Les actes plus techniques sont également du domaine de l'infirmière :

- la mise en place et le suivi de la technique d'analgésie contrôlée par le patient, notamment pour la titration des patients cancéreux douloureux mis sous morphine,
- la technique de neurostimulation transcutanée pour laquelle elle doit réactiver le message pédagogique, observer les effets,
- les techniques de mésothérapie et de mésoperfusion lente, au moyen d'une seringue automatique,
- l'injection dans les cathéters de péridurale de morphine ou d'anesthésiques locaux, notamment pour les patients cancéreux ou les techniques de test diagnostique.

8.1.2. L'infirmière du bloc technique

Il est souhaitable qu'elle ait la compétence d'une infirmière aide-anesthésiste.

Elle peut posséder les qualités et la formation de l'infirmière de secteur d'hospitalisation dans la mesure où sa présence au moment des consultations où dans le temps séparant la préparation du patient et la réalisation du geste, elle est amenée à rechercher, à recueillir des informations sur le mode de gestion de la douleur des patients douloureux chroniques, mais aussi s'enquérir du contexte psychologique et social.

Tous les moments sont à utiliser et à optimiser pour que tous les membres de l'équipe participent à cette recherche d'évaluation des patients douloureux chroniques.

Son rôle propre est davantage technique.

Elle réalise en ambulatoire :

- des gestes sous contrôle médical, telle la mésoperfusion lente qui est la perfusion sous-cutanée de produits décontracturants, vasodilatateurs et anesthésiques locaux, au moyen d'une aiguille de mésothérapie.
- des bilans sanguins, des séances d'onde courte (radar),

Elle participe aux protocoles dans le cadre de la recherche médicamenteuse; elle a un important rôle pédagogique d'explication des neurostimulations des patients ambulatoires,

Elle est surtout affectée aux techniques infiltratives lourdes, parfois sous anesthésie générale, comme la mise en place des cathéters périduraux, intrathécaux, de blocs loco-régionaux intraveineux à la guanéthidine, de blocs nerveux profonds de la face, de blocs stellaires, de blocs du plexus lombaire, enfin les techniques d'hémodilution. Elle peut se déplacer pour aider la réalisation de blocs coeliaques ou du canal d'Alcock (bloc du nerf honteux interne) au secteur de radiologie interventionnelle.

8.2. *Le kinésithérapeute*

Dans l'unité de soins, le kinésithérapeute est souvent à temps partiel (mi-temps ou quart-temps). Il a un rôle de prise en charge des problèmes de l'appareil locomoteur des patients hospitalisés, que ce soit les patients en soins palliatifs ou les patients douloureux chroniques.

Son rôle dans le cadre de la prise en charge des douleurs lombalgiques est de faire un réapprentissage à l'effort pour les actes de la vie quotidienne. Là aussi, son rôle pédagogique pour réapprendre les bons mouvements auprès du malade hospitalisé, est capital.

Il réalise, en outre, les techniques de massage, les drainages lymphatiques et les bilans musculaires. Son rôle de recueil d'éléments diagnostiques dans ses phases de contact avec le patient est équivalent à celui de l'infirmière.

8.3. *L'aide-soignant*

C'est bien sûr vers cette fonction incontournable de l'unité de soins en général et de l'unité anti-douleur en particulier qu'il convient dans les années à venir d'orienter la formation continue.

En effet, par la réalisation de gestes apparemment peu médicaux (ménage, rangement, toilettes), l'aide-soignant se met dans une position extra-médicale, en marge de l'équipe soignante.

Dans ce sens, il peut constituer pour le patient, un élément de confiance, dans la mesure où le douloureux chronique a une longue histoire d'échec avec tout ce qui relève du monde médical. L'aide-soignant a de plus un verbe qui le différencie du reste de l'équipe, ceci par le fait que son niveau d'études moyen est inférieur à celui des infirmières ou des médecins.

Grâce à cette originalité dans l'équipe soignante, l'aide-soignant est à même de recueillir des informations originales et d'évaluer le patient douloureux d'une manière différente mais compétente. En retour, la qualité d'une équipe de traitement et d'évaluation de la douleur doit savoir intégrer les informations recueillies par l'aide-soignant.

Deux moyens sont possibles :

- soit un travail de synthèse réalisé conjointement avec l'infirmière,
- soit un support spécifique à l'aide-soignant.

En conclusion, l'ensemble de l'équipe paramédicale de l'unité de prise en charge de la douleur doit s'attacher à une formation médicale continue du quotidien, et s'astreindre à ordonner puis exprimer par écrit les informations recueillies ainsi que le résultat des actes thérapeutiques réalisés.

La qualité de l'échange dans l'équipe doit se manifester par un comportement actif de tous ces membres lors des réunions de service qui permettent la synthèse diagnostique et thérapeutique du séjour d'hospitalisation du patient douloureux chronique

9 **L**e pharmacien et le centre anti-douleur

[8, 15, 22, 23]

9.1. *Le pharmacien d'officine*

Tout est résumé par le grand avenir que doit avoir la pharmacie clinique dans le réseau de prise en charge des patients douloureux chroniques. Le médecin ou même l'équipe pluridisciplinaire ne peut rien si cette démarche n'est pas réactivée par tous les éléments du réseau de soin prenant en charge le patient douloureux chronique. Le pharmacien d'officine est un des membres actifs de ce réseau de soins.

Son premier rôle est celui de l'information. Il doit en effet répondre aux questions des patients douloureux chroniques qui souvent s'adressent au pharmacien à qui on pose des questions sur d'éventuelles méthodes de soulagement, sur l'utilité, le rôle et les moyens d'accès aux unités de traitement de la douleur. Il doit s'informer du fonctionnement de ces unités et connaître le moyen de proposer cette éventualité aux patients douloureux chroniques par l'intermédiaire du médecin généraliste.

C'est la raison pour laquelle il doit connaître les bases du syndrome douloureux chronique et de sa prise en charge pluridisciplinaire. Au niveau des prescriptions, le pharmacien doit répéter les bons messages pour une meilleure gestion des effets secondaires des médicaments surtout morphiniques (constipation, nausées). Cette prise en charge des effets secondaires doit être décomposée en deux éléments, l'information de l'existence de ces effets secondaires en les dédramatisant et les moyens médicamenteux à utiliser pour les amoindrir.

Au niveau des antalgiques de niveau I et II, paracétamol simple et paracétamol et morphiniques faibles, le pharmacien doit réactiver le message de régularité des prises à heures fixes en respectant les posologies prescrites durant un temps suffisamment long en prévenant les effets de l'automédication. Son rôle de spécialiste de la pharmacopée doit lui permettre de dépister les anomalies et antagonismes de prescriptions des antalgiques (buprénorphine - temgésic, - associée aux morphiniques de type codéine ou dextropropoxyphène, c'est-à-dire Codoliprane, Efferalgan codéine, Di-Antalvic).

Egalement il doit s'attacher à diminuer l'anxiété sur les médicaments du palier III de l'O.M.S., c'est-à-dire les morphiniques puissants.

C'est là que l'existence d'un lieu de confidentialité où une véritable consultation de pharmacie clinique peut être réalisée, prend toute son importance. Il y a bien sur encore une absence de rémunération et de gratification de cette qualité de la dispensation. C'est pourtant le seul moyen d'une action synergique du

pharmacien avec la prise en charge médicale notamment de l'unité de traitement de la douleur.

L'utilisation de techniques spécifiques comme les appareils de neurostimulation transcutanée doit pouvoir être proposée et expliquée et adaptée par le pharmacien auprès des patients douloureux.

La présence de l'infirmière, la location et l'utilisation, voire le remplissage, des pompes d'analgésie contrôlées par le patient pour les cancéreux à domicile, doit être également un élément technique possédé par le pharmacien d'officine (PCA Abott, infuseur Baxter).

Enfin, les pharmaciens d'officine doivent être prêts à la gestion des retours à domicile des patients en fin de vie et donc de coordonner tous les besoins du patient, en association avec les organismes nationaux ou locaux. Le pharmacien qui est un référent compétent de proximité pour le malade se doit de gérer l'ensemble des problèmes de retour à domicile, qu'il soit dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou sous forme d'association permettant ces retours.

9.2. *Le pharmacien hospitalier*

Le pharmacien hospitalier doit se rapprocher du secteur clinique, notamment d'une unité d'évaluation et de traitement de la douleur. Lui aussi, par ses connaissances spécifiques peut avoir un rôle propre dans le fonctionnement de l'unité de l'évaluation et de traitement de la douleur.

Traiter la douleur aiguë, c'est prévenir la douleur chronique, donc, dans la période péri-opératoire, le pharmacien doit s'attacher à contrôler si les éléments suivants sont respectés :

- La régularité des prises dans les protocoles d'antalgie en postopératoire,
- L'existence de protocoles antalgiques présentés aux équipes paramédicales,
- La mise à disposition des médicaments antalgiques tels que le propacétamol et l'entonox® ou Kalinox® mélange de N₂O et oxygène à 50 % aux urgences en service de gériatrie (sédatif par inhalation),
- La mise à disposition des matériels d'analgésie auto-contrôlée par le patient,
- La gestion, la facilitation et le contrôle de l'information sur la morphine de tous les membres de l'équipe du centre anti-douleur, et surtout avec cette équipe, de la diffusion du message parmi les internes et chefs de clinique et autres praticiens hospitaliers,
- La gestion des pharmacies des services au niveau des armoires de toxiques,
- Le contrôle de l'existence ou non d'ordonnance sécurisée possédés par les praticiens hospitaliers et les chefs de clinique dans les différents services utilisant la morphine.

A terme, le pharmacien doit pouvoir contrôler toutes les ordonnances d'antalgiques prescrits dans les services, surtout les antalgiques de niveau II et III et leur association avec les co-analgésiques notamment les anti-épileptiques : gabapentine (Neurotin®), carbamazépine (Tégrétol®), clonazépan (Rivotril®).

Pour les morphiniques, le pharmacien va pouvoir mettre à disposition la buprénorphine sublinguale injectable, tous les sulfates de morphine et les patchs transdermiques de Fentanyl.

Les antalgiques particuliers :

- Préparation des pommades utilisées contre les douleurs de désafférentation contenant de la Capsaïcine,
- Fourniture de l'alcool pour les alcoolisations nerveuses et phénol aqueux et glycérol à différents pourcentages,
- Les anesthésiques locaux de concentration variée,
- La guanéthidine (Isméline,) pour le traitement des algodystrophies par la technique de l'anesthésie loco-régionale intraveineuse.

Le pharmacien doit gérer les médicaments relevant d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation.

Il doit pouvoir mettre certains appareils à disposition tels :

- La neurostimulation transcutanée,
- L'utilisation intra-hospitalière des pompes d'analgésie contrôlée par le patient,
- La gestion de la dotation annuelle des sondes de stimulation cordonale postérieure utilisées dans les séquelles douloureuses de hernie discale opérée,
- Les aiguilles de détection nerveuse isolée et les stimulateurs de nerfs,
- Les aiguilles d'infiltration profonde (péridurale intrathécale).

En conclusion, le pharmacien hospitalier doit lui aussi devenir un pharmacien clinicien. L'exemple du réseau douleur donne là une illustration de son rôle propre en dehors des contingences administratives dans lesquelles il est actuellement souvent cantonné.



DEUXIEME PARTIE

Développement et organisation d'une structure anti-douleur

1 Le Centre Anti-Douleur en pratique :

De la lettre d'envoi du généraliste à la lettre de compte-rendu à ce même généraliste

(1, 18, 24, 25, 26, 27, 28)

1.1. Comment adresser un patient à un Centre Anti-Douleur ?

Le médecin généraliste ou spécialiste doit rédiger un courrier de sollicitation de rendez-vous auprès de l'unité de traitement de la douleur. En effet, aucune consultation ne doit être réalisée sans que le patient ne soit adressé par un médecin généraliste ou un spécialiste (en accord avec le médecin traitant). Cette lettre doit comporter :

- L'adresse et le numéro de téléphone du patient qui sera contacté par le centre anti-douleur pour lui fixer l'heure du rendez-vous,
- Le motif succinct de la douleur nécessitant une consultation à l'unité de traitement,
- Le degré d'urgence estimé par le médecin qui réfère le patient.

Il faut savoir en général, qu'un centre anti-douleur croule sous les demandes et le délai de prise en charge peut s'étaler de 15 j à 3 mois. En conséquence, il faut exprimer de façon claire et rapide le caractère urgent du rendez-vous. C'est le cas des pathologies douloureuses cancéreuses, des algies vasculaires de la face, des névralgies du trijumeau et de bien d'autres pathologies exceptionnelles, qui malgré un traitement étiologique urgent n'ont pas été correctement gérées sur le plan douleur.

Les autres pathologies pour lesquelles on estime qu'une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire, exigent un délai d'attente relativement important qui devra être expliqué au patient.

La préparation de cette consultation par le médecin généraliste est capitale.

Quelques écueils sont à éviter :

- Considérer l'envoi au centre anti-douleur comme un défi : *"je n'ai pas pu soulager mon patient, on va voir s'ils sont plus forts que moi au centre anti-douleur"*. Présentée de la sorte, une coopération ou une synergie thérapeutique peut être proposée aux patients entre la prise en charge des médecins généralistes et l'équipe d'évaluation de la douleur. Le patient conservera l'ensemble des barrières de résistance à la modification de son problème douloureux, barrières qu'il a su maintenir avec toutes les autres équipes médicales qui l'avaient au préalable pris en charge.
- Envoyer le patient douloureux chronique au centre anti-douleur dès lors que l'on est lassé ou fatigué de la relation que l'on entretient avec lui. Le centre anti-douleur n'est pas une "poubelle".

- Envoyer au centre anti-douleur les patients à forte composante psychiatrique et qui sont déjà suivis par des spécialistes de psychothérapie. En revanche, un patient avec psychalgies qui refuse une prise en charge dans ce domaine, peut trouver bénéfique à l'abord pluridisciplinaire où le psychiatre attaché au centre anti-douleur peut constituer une première approche rassurante.

Il faut :

- Savoir positiver un échec éventuel même après consultation au centre anti-douleur qui peut faire comprendre au patient que même une attention précise sur sa plainte douloureuse ne peut le faire évoluer tant qu'il n'a pas lui-même choisi de poser autrement l'ensemble des déterminants de sa pathologie chronique rebelle.
- Faire état dans sa lettre de la somme des examens complémentaires des actes chirurgicaux, d'hospitalisation et des tests médicamenteux qu'il a déjà effectués. Les antécédents psychologiques déjà connus par le médecin doivent être notés sur la lettre de liaison.

1.2. Le dossier médical

Il est souhaitable que trois rubriques apparaissent dans le dossier.

- Une première partie constituée par le questionnaire d'auto-évaluation rempli par le patient, comprenant des éléments de l'état civil, des éléments propres à déterminer l'intensité, la qualité et la localisation de sa douleur, des éléments de retentissement sur son mode de vie.
- Une deuxième partie serait le dossier d'hétéro-évaluation réalisée par le médecin avec là aussi des éléments de l'état civil, les adresses des médecins référents et du médecin généraliste, le motif succinct de la consultation, si possible une photo d'identité type Polaroid réalisée au secrétariat le jour de la consultation.

Une liste des méthodes thérapeutiques déjà tentées par le malade sera cochée.

Le code de la Société Internationale d'Etude et de Traitement de la Douleur (I.A.S.P.) sera noté, de même que les éléments sur le retentissement sur le sommeil, l'appétit, l'activité, les relations sexuelles et le moral ou l'humeur.

Un schéma montrant le corps humain permettra de préciser pour le médecin les zones douloureuses et leurs irradiations.

- Enfin, le dossier clinique libre comprendra les antécédents puis l'histoire de la maladie. Une synthèse sera réalisée sous forme de l'expression pondérée des trois causes de douleur : nociceptive, neuro-pathique ou fonctionnelle.

Pour le patient, les éléments thérapeutiques comprendront parfois une redéfinition de la plainte, une explication de la douleur, des éléments pédagogiques sur le mode de vie pour essayer de contourner cette plainte, des propositions thérapeutiques médicamenteuses, la réflexothérapie ou des prises en charge complémentaires par technique de relaxation médicale ou si le sujet l'accepte, des techniques psychothérapeutiques.

Il est souhaitable que juste à l'issue de la consultation, une lettre de synthèse soit réalisée pour être envoyée le plus rapidement possible (peut être immédiatement grâce à la dictée personnelle) au médecin référent et au médecin généraliste.

Cette lettre doit reprendre tous les éléments d'antécédents connus ou découverts lors de la consultation pluridisciplinaire, un recueil des données de l'histoire de la douleur, de l'intensité grâce à l'utilisation de l'échelle visuelle analogique et de sa qualité, des thérapeutiques déjà essayées, des conclusions de l'examen clinique, l'hypothèse diagnostique de synthèse et les propositions thérapeutiques. Il est souhaitable d'envisager que ce soit le médecin généraliste qui prescrive sur indication du courrier les thérapeutiques proposées par le centre anti-douleur au moins à partir de la deuxième consultation.

1.3. Adaptation aux conditions locales

Pour éviter l'échec d'une organisation médico-administrative standardisée, il est souhaitable de s'adapter de façon très pragmatique à la population des patients douloureux confiés à l'unité douleur et aux habitudes des médecins référents.

Ainsi, un dossier succinct bien rempli est préférable car il n'effraie ni le patient ni les membres de l'équipe de l'unité de la douleur, plutôt qu'un cahier apparemment exhaustif qui ne sera jamais exploité ou exploitable. Donc il convient, en fonction des impératifs d'état civil et de la synthèse clinique et thérapeutique de personnaliser le dossier de l'unité douleur.

1.4. Le CAD en pratique

Le malade doit être un partenaire actif de ses symptômes, de son histoire, de sa prise en charge et le soignant doit être un bon conseiller en santé. Des outils de coordination du réseau permettent de rapprocher les préoccupations du patient de l'offre de soin et vice versa.

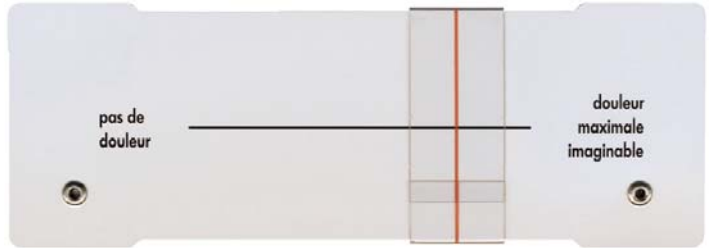
1.4.1. L'Echelle Visuelle Analogique

La douleur peut être mesurée par l'EVA à un temps donné, par exemple, à l'instant où le patient consulte son médecin et où celui-ci lui pose une question sur le niveau présent de son intensité. Cette échelle consiste en un trait de 10 cm, non borné. A l'extrémité gauche est inscrit « absence de douleur » et à l'extrémité droite, « douleur maximale imaginable ».

Côté patient



Côté soignant



1.4.2. L' Echelle Visuelle électronique

L' Echelle Visuelle Electronique est la première échelle de mesure électronique de la douleur et des circonstances déclenchant cette douleur. Elle permet d'informer son médecin généraliste ou rhumatologue ou le Centre Anti-Douleur, des conditions de vécu de cette douleur.

Cette échelle qui permet de mesurer, d'enregistrer la douleur, permet également de visualiser, sous forme de courbes, l'ensemble des informations sur l'écran de cette même réglette. Un lien avec un poste informatique permet également de recueillir et de classer toutes les informations dans le dossier du patient.

C'est un outil spécifique capable de noter, en temps réel, les sensations algiques avant que ne les altèrent les aléas de la mémoire. Cet instrument doit faciliter au quotidien la prise en charge de toutes les douleurs, pour la douleur chronique ou lors des pics douloureux que ce soit au domicile ou en structure hospitalière mais aussi dans la phase post-opératoire.

Le patient, très vite familiarisé avec ce système facile d'emploi, ne manquera pas d'y voir comme une prolongation de la présence du thérapeute.

Quant au médecin, il sera, grâce aux données enregistrées, capable de mieux comprendre son malade et de mieux juger, sur les variations des scores, l'efficacité des traitements prescrits.



L'adolescent, l'adulte, la personne âgée peuvent utiliser cette échelle électronique car elle est ergonomique et d'une grande simplicité d'emploi. Le principe utilisé est toujours celui qui est connu sous le nom de EVA.

Mode d'emploi par le patient

Dès que le patient a saisi l'appareil, la simple pression sur n'importe quelle bouton déclenche un déplacement aléatoire du curseur, à droite et à gauche, permettant au patient de repérer le critère de symbolisation de l'intensité douloureuse.

Le curseur, après ce déplacement aléatoire se positionne au milieu, et le patient peut alors grâce à deux boutons triangulaires de droite et de gauche, positionner ce repère, à l'endroit représentant au mieux le niveau d'intensité de sa douleur. Une fois ce choix fait, il valide. Pour chaque mesure, la date et l'heure sont automatiquement saisies. Le patient peut réaliser ces relevés de façon libre ou orientée par son médecin. Le patient n'a donc accès qu'à deux fonctions, l'indicateur d'intensité et la validation de cette mesure. Il ne peut pas corriger les mesures enregistrées, ni les consulter, ce qui est un avantage au plan de la fiabilité.

Un bouton supplémentaire a été ajouté en option. C'est la touche "Événement".

Il est conseillé au médecin de fixer, une fois pour toutes avec un patient donné, le type d'événements qu'il souhaite voir mémorisé par l'E.V.E.

Par exemple, le patient peut être confronté à des pics de douleur particulièrement imprévisibles, marqués d'une intensité algique propre. Il peut alors effectuer une mesure lors de ces pics de douleur et signaler, en appuyant sur la touche "Événement", qu'il a dû subir cet excès inopiné de douleur. Cette touche "Événement" est ainsi utilisée à la place de "Validation". Cette touche "Événement" peut être également, sur les consignes du médecin, un outil d'enregistrement de prises antalgiques particulières, notamment les prises complémentaires à l'antalgie basale, mais aussi signaler, par exemple, une reprise d'activité.

La lecture par le médecin

Quand le médecin revoit le patient, celui-ci lui rend l'E.V.E. Grâce à l'introduction d'une fiche, l'E.V.E. se met en mode "Consultation". L'écran affiche alors un menu déroulant qui propose plusieurs options, notamment la visualisation par jour ou par semaine, intégrant le calcul de moyennes.

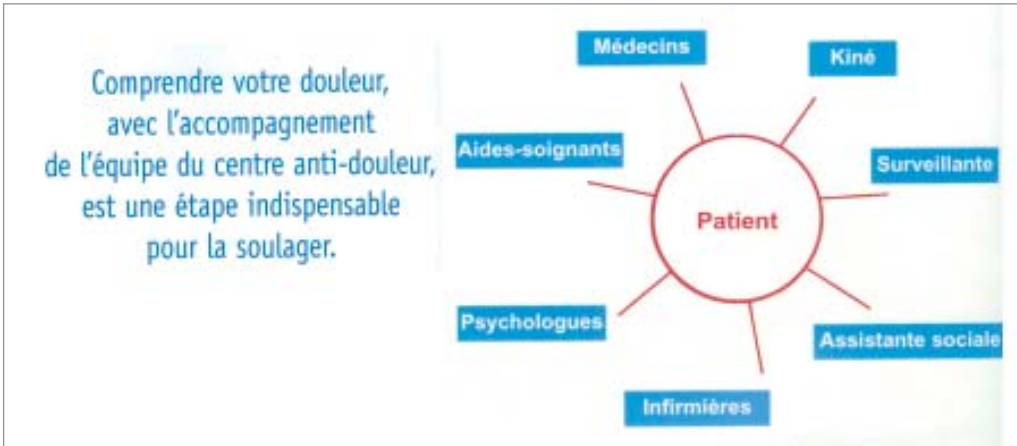
Grâce à une connexion à son ordinateur, le praticien peut obtenir une visualisation sur un graphique des différentes mesures et les enregistrer dans un dossier patient.

Le médecin doit rappeler à son patient que l'E.V.E. est strictement individuelle et ne peut être utilisée par une autre personne que celle désignée par le médecin. L'E.V.E. apparaît réellement comme un outil simple d'utilisation pour le patient comme pour le médecin.

1.4.3. Le livret pédagogique

Ce livret illustré d'images symboliques, écrit avec des textes courts, utilisant le langage de tous les jours, a pour objectif de donner au patient des informations sur la douleur chronique et des bases de réflexion pour un travail individuel. Il est remis à chaque patient dans sa chambre en début d'hospitalisation. C'est un support d'échange infirmière patient qui doit optimiser le temps d'hospitalisation du patient douloureux chronique.

Tout d'abord, le patient doit comprendre sa douleur pour mieux la combattre avec l'aide de l'équipe médicale.



Qu'est-ce la douleur chronique ?

Celui qui souffre le sait et il faut amener ici le patient à parler librement de sa douleur, créer une relation de confiance et évoquer une éventuelle histoire de vie douloureuse.



Pour qu'il retrouve, parmi ces informations, les composantes de sa propre douleur et qu'il prenne conscience de quelle façon elle interfère dans sa vie quotidienne.

Pourquoi une action pédagogique destinée aux douloureux chroniques ?

De par ce que l'on sait sur la physiopathologie du contrôle de la douleur il devient indispensable au patient, pour l'aider dans sa démarche de lutte contre la maladie douloureuse, de lui donner des armes personnelles qui renforcent la compréhension, l'analyse, la critique du mal douloureux dans lequel il est rentré.

Développons cette dernière motivation pour une pédagogie au patient douloureux chronique. Nous savons que pour être didactique trois logiciels s'articulent ensemble en permanence pour gérer et contrôler tout stimulus douloureux. Les voies de la douleur qui contrôlent ce symptôme sont maintenant davantage connues et leur mode de fonctionnement est très étudié.

Nous savons

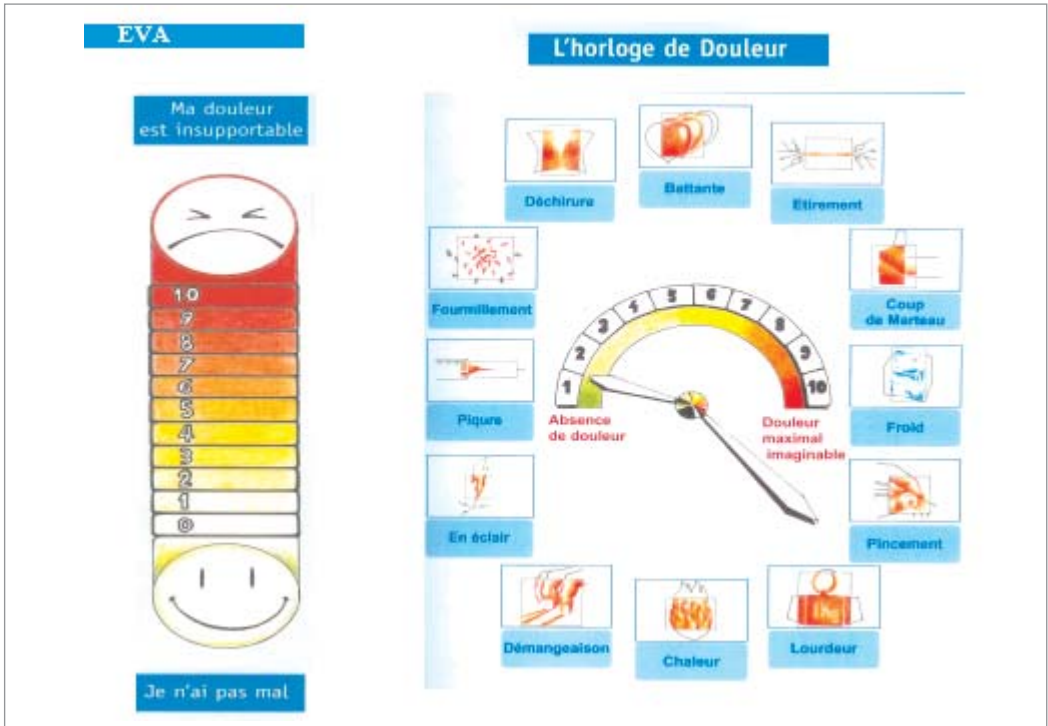
- qu'un premier logiciel appelé sensitivo-discriminatif permet de quantifier et de qualifier le stimulus douloureux. Face à ce logiciel la médecine connaît maintenant des moyens modernes pharmacologiques et techniques pour amoindrir ce stimulus.
- que le deuxième logiciel appelé affectivo-émotionnel est le reflet de toute la biographie de l'individu et de sa structure de personnalité. Le renforcement de ce logiciel s'effectue par des techniques impliquant les relations médecin - malade, les techniques de relaxation médicales, voire les techniques de psychothérapie.
- que le troisième logiciel enfin, appelé cognitivo-comportemental est le reflet de ce que l'individu analyse dans sa situation douloureuse. C'est sur ce dernier logiciel que le protocole pédagogique au patient sur la maladie douloureuse chronique que nous mettons en place doit agir.

Un grand nombre d'étude américaine montre qu'il est long et difficile de modifier la plainte même dans les structures Anti-Douleur.

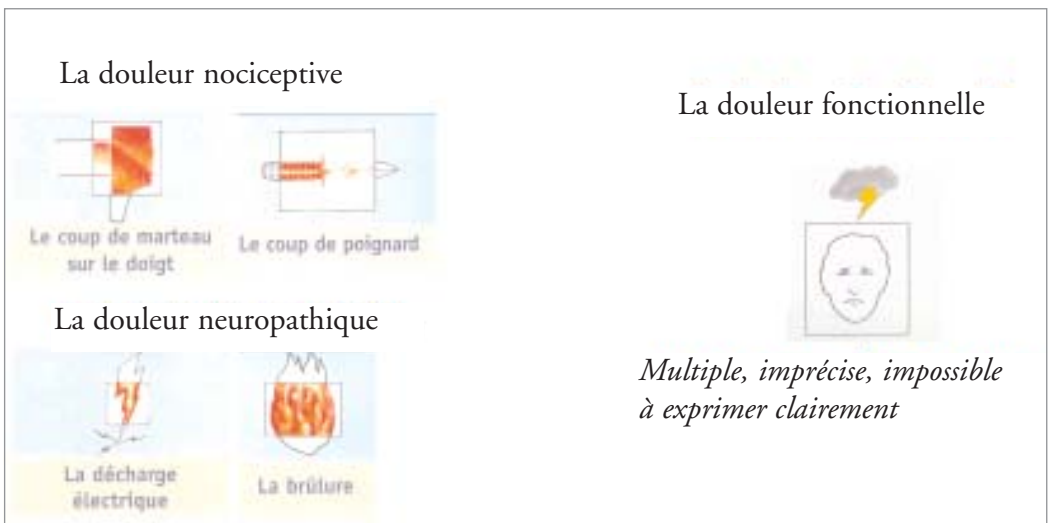
Seule est intéressante la diminution des conséquences de cet handicap sur le projet de vie du patient douloureux et de son entourage. Moins d'exams complémentaires ou de thérapies coûteuses et peu efficaces seront ainsi possible.

Dans ce sens, une information claire donnée au malade douloureux sur une bonne auto évaluation de sa douleur, quantitative et qualitative, associée à une explication des moyens de la combattre mise à la disposition du corps médical et infirmier.

Il y a des moyens d'évaluer les douleurs sur les plans quantitatifs et qualitatifs : le livret pédagogique présente l'Echelle Visuelle Analogique et l'horloge de la douleur.



On observe trois principales douleurs et il est important que le malade reconnaisse la sienne.



Ainsi, il pourra comprendre l'origine de sa douleur pour mieux la gérer.

La douleur nociceptive
Chair abîmée



La douleur neurogène
Nerf abîmé



Douleur fonctionnelle
Psychisme altéré



Le patient doit prendre conscience que la douleur interfère dans sa vie familiale, relationnelle, professionnelle, dans ses loisirs etc.

Pourquoi vous devez en savoir plus sur la douleur



Les habitudes alimentaires



Les loisirs

Nous percevons la douleur de différentes façons : elle varie la cause réelle ou présumée et beaucoup d'autres facteurs..
Mais encore parce qu'elle modifie votre vie en interférant avec le travail, le sommeil, les habitudes alimentaires, les relations avec votre famille, vos amis et les loisirs..

Qu'est-ce la douleur chronique ?

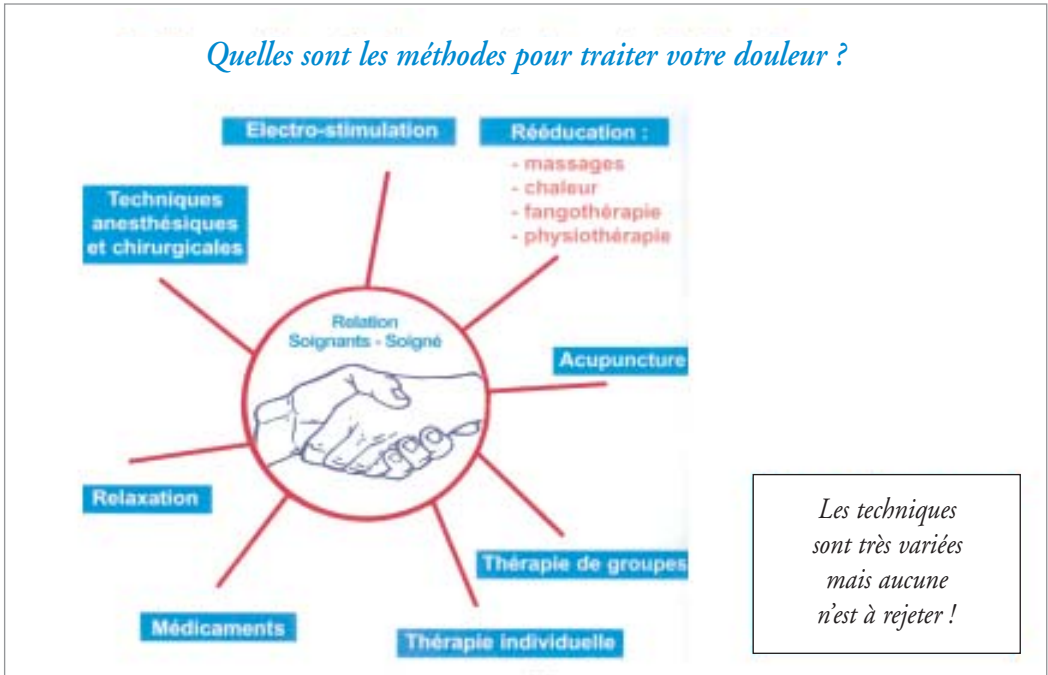
La douleur est une sensation désagréable, unique pour chacun, induite par une atteinte physique qui persiste depuis plusieurs mois.

C'est aussi une perception dont la forme et l'intensité dépendent :

- De votre histoire de vie
- D'un mauvais contrôle de la commande cérébrale qui gère les mécanismes de la douleur dans votre corps
- De votre état psychique et social



Il faut encourager le patient et lui montrer qu'il existe de nombreuses méthodes thérapeutiques qui pourront l'aider à surmonter la douleur.



Le malade doit être actif dans sa lutte contre la douleur et il faut lui montrer le chemin à suivre..



Il est également essentiel que le malade sache que l'équipe médicale ne doute pas de sa douleur mais essaie de lui donner les moyens pour mieux la gérer.

*Votre douleur n'est pas imaginaire,
elle n'est pas dans la tête
mais c'est avec la tête
que vous arriverez
à contrôler efficacement
votre douleur !*



Les malades apprécient beaucoup ce livret et il est bon de leur en laisser un mini exemplaire qu'ils peuvent consulter à tout moment pour se remémorer tout ce qu'ils ont appris durant leur séjour au centre anti-douleur.

Ce livret est un apport intellectuel adapté au patient douloureux chronique quelque soit son niveau éducatif pour qu'il situe bien le problème de sa douleur rebelle, qu'il en comprenne toutes les composantes, qu'il s'approprie les moyens simples d'évaluation pour mieux l'exprimer, qu'il en découvre lui-même les différentes sources étiologiques, qu'il retrouve par là, la voie pour sortir de l'angoisse due à l'incompréhension et enfin, qu'il soit à même de construire un programme personnalisé pour essayer de mieux sortir de cet état de malade douloureux chronique.

1.4.4. Le MMPI

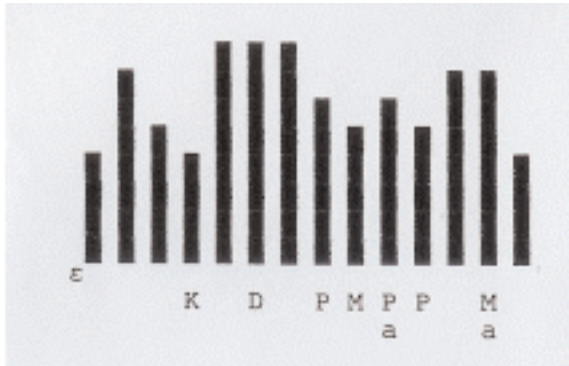
L'Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota est un questionnaire psychologique permettant de dépister une éventuelle pathologie telle une dépression, une skysophénie...

Le patient, seul devant l'ordinateur, doit répondre à 550 questions simples de manière affirmative ou négative ou cocher « je ne sais pas ». L'ordinateur analyse les réponses et établit le profil psychologique du patient.

Le MMPI est un examen complémentaire d'ordre psychologique. Il ne faut pas le considérer comme fidèle à 100%, mais il permet une orientation des différents axes de la personnalité. A la lumière des entretiens, ce test doit être critiqué.

De plus, le patient, grâce à ces questions, projette une partie de ses valeurs inconscientes ; ceci l'aide à maturer ses souffrances.

Exemple de profil



Interprétation des abréviations du MMPI :

Hs : hypochondrie

D : dépression

Hy : hystérie

Pd : psychopathie

Mf : masculin/féminin

Pa : paranoïa

Pt : psychiasténie

Sc : schizoïdie

Ma : manie

Ainsi, dans l'exemple ci-dessus, les composantes dominantes sont hystérie, hypochondrie et dépression. Souvent, un doublet [Dépression / Skizoïdie] est présent chez les patients douloureux chroniques. Ces profils sont considérés comme pathologiques quand pour la colonne en cause, la moyenne est dépassée.

Le programme livre également une à deux pages de description clinique issue de l'analyse des réponses du patient aux 550 questions.

1.4.5. Deux disques pour mieux vivre

En partenariat avec le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur de la Ligue Nationale de Lutte contre le Cancer (Comité de l'Hérault), a été mis en place au Centre Anti-Douleur de Montpellier, un outil qui a été évalué auprès des patients, des infirmières et des médecins l'utilisant.

Les patients atteints de maladies cancéreuses présentent souvent des problèmes de douleurs entraînant un handicap au quotidien. La durée de la prise en charge des consultations de cancérologie rend souvent difficile l'abord des problèmes fonctionnels du vécu au quotidien du désagrément chez le patient cancéreux. Dans ce sens, la mise en place d'outils facilitant la mémorisation et l'expression chez le patient cancéreux douloureux de son handicap auprès du médecin et des équipes paramédicales doit permettre une meilleure prise en charge de ce handicap douloureux.

Les équipes soignantes ayant peu de temps supplémentaire à consacrer pour cette écoute et cette humanisation de la relation thérapeutique, doivent pouvoir bénéficier d'outils permettant de rendre plus dense et plus efficace la mesure et la prise en charge de ces problèmes fonctionnels si importants pour la qualité de vie des patients cancéreux.

Plusieurs types d'outils ont déjà été promus dans le milieu de l'algologie. Une présentation a été réalisée pour deux de ces outils que sont l'horloge d'évaluation de la qualité et de la plainte douloureuse et une échelle pratique de détermination du handicap douloureux au quotidien chez le patient cancéreux. Ces deux outils ont été confectionnés par des professionnels de la communication et réalisés dans les meilleurs critères ergonomiques.

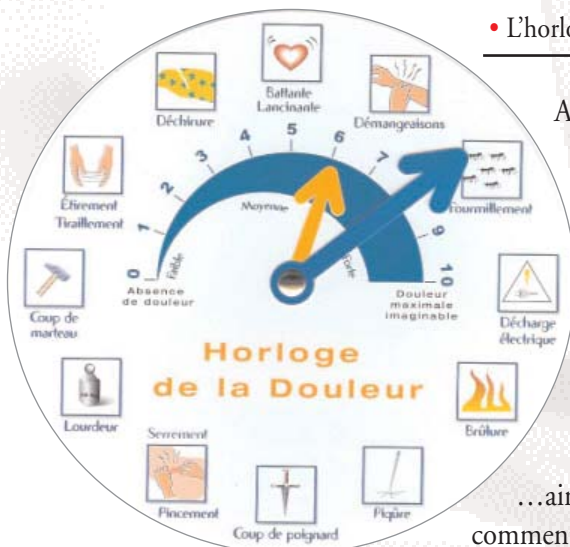
Deux cents exemplaires de ce dossier d'évaluation en quadrichromie et papier glacé ont été réalisés. Plusieurs prototypes et affinements de ces objets ont abouti à une forme définitive pour l'utilisation lors d'un protocole d'évaluation.

Cet objet est composé d'une échelle qualitative de mesure et d'expression de la plainte douloureuse au moyen d'une échelle visuelle analogique semi-circulaire et de douze icônes représentant les caractéristiques de la douleur. Cette horloge de la douleur est donnée au patient pour qu'il exprime mieux et qu'il s'approprie davantage le vocabulaire autour de la douleur rendant ainsi plus objectif son sentiment personnel de souffrance.

Le deuxième objet est un support de l'analyse du désagrément quotidien qu'entraîne la douleur dans les diverses situations de la vie courante. Il est composé là aussi d'un disque avec une face jour et une face nuit, comprenant sur chaque face trois cercles concentriques signifiant une zone de désagrément faible à l'intérieur, moyen en phase intermédiaire et forte dans la partie externe du disque. Sur ce disque représentant 12 heures diurnes et 12 heures nocturnes, peuvent être collées des gommettes autocollantes disposées à partir d'une planche de gommettes. Chacune des gommettes représente un symbole des situations de la vie quotidienne (le sport, la kinésithérapie, la toilette, la marche, le bricolage, etc...). Le patient, avec l'aide de sa famille, à son domicile, dispose la gommette correspondant au handicap provoqué par la douleur à l'heure et au niveau du disque sur la zone d'intensité correspondant à son désagrément.

L'explication de ces deux disques est faite par le professionnel de santé au patient et à sa famille. Ces principes permettent de faciliter la communication et de relever les moments du handicap douloureux en dehors de la phase instantanée d'expression de la plainte que constitue la consultation.

Ainsi, le patient a l'impression qu'une prise en charge meilleure du désagrément dans son contexte de vie est possible ce qui rend plus facile une prise en compte plus humaine et des conseils plus adaptés pour mieux gérer cette douleur quotidienne.



• L'horloge de la douleur

Afin que le médecin et l'équipe médicale puissent mieux soulager le patient, celui-ci peut exprimer, grâce à cette horloge :

- L'intensité de sa douleur à l'aide de la petite aiguille
- Le type de douleur en orientant la grande aiguille sur le dessin correspondant au mieux à ce qu'il ressent.

...ainsi, vous direz mieux à l'équipe médicale comment et combien vous souffrez.

- Disque « ADAUQ »

Disque côté « jour »



Disque côté « nuit »

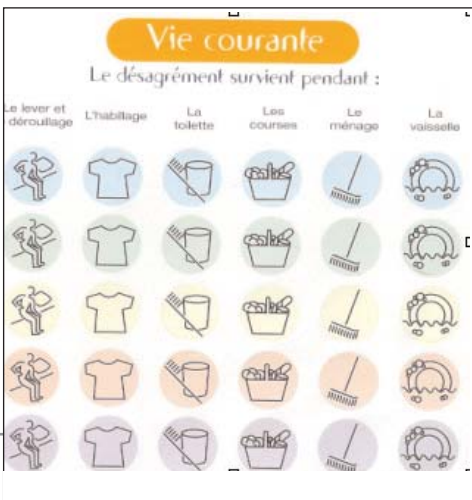


Mode d'emploi du disque "ADAUQ" (Analyse du Désagrément AU Quotidien)

Afin que le médecin et l'équipe médicale comprennent mieux les situations de la vie courante qui déclenchent un désagrément (et les moments où il survient : face Jour, face Nuit et tranches horaires), le malade peut, grâce à ce disque, exprimer la ou les situations quotidiennes, (symbolisées par des gommettes), qui provoquent ce désagrément.

Pour ce faire, il faut :

- repérez, sur les gommettes, la ou les situation(s) où vous êtes gêné
- décollez la ou les gomme(s) concernée(s)
- collez-les sur la face Jour ou Nuit, à l'heure correspondante
- positionnez-les sur le cercle correspondant (désagrément faible, modéré ou fort).



Dans l'exemple, les gommettes représentent la vie courante mais il y en a d'autres imageant l'activité physique et d'autres circonstances.

2 ***L**e service de douleur aigue*

[8, 25, 26, 29, 30]

Historiquement, les Centres de lutte contre la douleur chronique se sont développés à travers les structures d'anesthésie et de réanimation.

Ces services importants en nombre et éclectiques et pluridisciplinaires dans leur fonctionnement ont rapidement en France comme en Amérique, étaient les pionniers du développement des structures de la douleur.

Dans ces deux pays, en France et en Amérique, 60% des structures de la douleur sont actuellement en fonctionnement à partir de médecins issus de la discipline d'anesthésie réanimation chirurgicale. Ainsi, il y a une communauté de cultures entre les services de la prise en charge de la douleur et le développement de la douleur post-opératoire.

Souvent, les mêmes médecins agissent dans les deux secteurs. La formation du personnel infirmier et des infirmières anesthésistes de bloc opératoire, de salle de réveil ou dans les services impose la mobilisation des compétences des médecins de la douleur qu'ils soient anesthésistes, travaillent en bloc ou qu'ils soient anesthésistes dans les unités de la douleur chronique.

Sur le plan de l'organisation de la prise en charge de la douleur post-opératoire depuis une dizaine d'années, on est passé du stade expérimental et de la nécessaire stimulation institutionnelle de ces prises en charge post-opératoires à une prise en compte actuelle quotidienne et routinière de la prise en charge de la douleur.

Ceci ne signifie pas que tous les secteurs ont atteints l'optimum de la qualité de la prise en charge de la douleur. Cette prise en charge de la douleur post-opératoire est essentiellement sur trois modèles.

2.1. Un modèle pragmatique utilisant les compétences et l'organisation sans modification importante des structures du bloc opératoire.

Dans ce sens, le développement de la formation de tous les personnels de blocs opératoires, de salle de réveil et de secteurs d'hospitalisation sont majeurs pour faire diffuser les techniques de PCA, d'anesthésie locale et locorégionale prolongée par cathéters péri médullaires ou péri nerveux ou l'utilisation optimum des protocoles de stratégie de puissance croissante antalgique.

C'est le modèle qui va maintenant le plus se développer dans la mesure où la culture douleur a grandement diffusé à travers tous les secteurs professionnels de l'hôpital.

2.2. *Un modèle de prise en charge de la douleur par un service spécifique de douleur aigue*

Cette structure a souvent été le moteur de la diffusion de la culture douleur post-opératoire dans tout l'établissement. Elle est constituée de médecins anesthésistes et d'une ou deux infirmières anesthésistes ou infirmières douleur. Son rôle est triple :

- Utiliser ses compétences pour faire bénéficier les patients d'une prise en charge correcte antalgique suivant les protocoles médicaux,
- Faciliter la diffusion de messages douleur et de protocoles douleur dans tous les services où elle intervient,
- Former le personnel pour qu'il s'autonomise et mesurer l'impact de cette action sur la qualité de la prise en charge douleur par des enquêtes répétées.

Ces services de douleurs aigue n'ont pas été généralisés mais dans certains établissements, ils ont été les moteurs d'une diffusion de cette culture post-opératoire.

Certains patients en opération lourde nécessitent en post-opératoire, des structures de soins intensifs qui contiennent une unité ou une réflexion sur la prise en charge difficile des patients douloureux, par exemple des cathéters péri médullaires avec mise en place de PCA sur des interventions lourdes et réputées douloureuses. Ces services, notamment en orthopédie, ont pu faciliter la prise en compte de patients difficiles sur le plan médical ou même sur le plan psychosocial. En effet, si il y a généralisation de la prise en charge de la douleur avec une grande efficacité, commencent à apparaître les cas semblant ne pas répondre favorablement et positivement à ces structures et à ces protocoles. Ces cas sont de deux ordres : soit les interventions chirurgicales complexes sur des terrains difficiles, soient des éléments de décompensation au décours d'une intervention chirurgicale de problèmes psychiques ou de perte d'intégration sociale. Dans ces cas, il convient d'avoir du personnel spécifique formé pour les cas complexes de prise en charge de la douleur. Mais ceci ne relève plus des routines et des protocoles standardisés. L'état actuel de la prise en charge de la douleur fait que les techniques de PCA, les techniques locorégionales, les protocoles antalgiques, sont largement diffusés, compris et suivis. Il faut toujours réactiver la qualité de ces systèmes de prise en charge de la douleur et faire diffuser une nouvelle technique. Dans ce sens, la synergie entre les équipes douleur chroniques et les médecins de la douleur aigue doit rester une constante dans l'organisation des structures hospitalières.

En conclusion, il faut toujours garder à l'esprit que, dans l'estimation de la satisfaction globale des patients qui est un critère majeur d'image de marque positive d'un établissement, le principal indicateur pour le patient de la qualité de cette prise en charge globale, est la bonne écoute et prise en charge de sa souffrance dans la structure hospitalière.

(Aux Etats-Unis, c'est cet index qui est le plus important pour que les tutelles financières d'assurance donnent un label de qualité et donc un remboursement efficace des coûts des soins à leurs assurés sur l'établissement en question).

3 **L**a consultation de la douleur chez l'enfant [5, 6, 25, 26, 31]

Chez l'enfant comme chez l'adulte, supprimer la douleur et apporter le confort n'est pas un luxe ou une thérapeutique secondaire, mais une participation active et nécessaire au traitement de la maladie elle-même et au maintien de la vie. Malgré une évolution récente des mentalités, la douleur de l'enfant reste insuffisamment prise en charge.

- D'anciens concepts progressivement battus en brèche ont fait que la douleur chez l'enfant a été méconnue, déniée et peu traitée jusqu'à ces dernières années.
 - L'immaturation neurologique de l'enfant le protégeait de la perception douloureuse.

Or dès la période néonatale, l'enfant peut percevoir la douleur, mais les preuves de cette aptitude n'ont été apportées qu'en 1987 par les travaux de Anand et Hickey. En l'absence de preuves, la douleur de l'enfant n'était pas reconnue.

- La douleur avait une valeur formatrice et éducatrice.
- Le maniement des antalgiques et de la morphine était considéré dangereux.
- Aujourd'hui la douleur de l'enfant est globalement reconnue mais il persiste de grandes difficultés au niveau des trois étapes obligatoires et successives de sa prise en charge :

Reconnaître - Evaluer - Traiter

- Reconnaître ponctuellement la douleur dans des situations où l'habitude de la voir n'a pas été prise.
- Evaluer l'intensité chez l'enfant n'ayant pas acquis la verbalisation ou ne pouvant pas s'exprimer. Ceci impose l'utilisation de grilles d'évaluation comportementales par un observateur entraîné.
- Prescrire un traitement adapté et efficace.

La stratégie antalgique doit pouvoir utiliser des moyens et des techniques adaptées aux spécificités physiologiques, pharmacologiques et psychologiques de l'enfant.

Le retard historique de la reconnaissance de la douleur chez l'enfant a induit un retard considérable au niveau de la recherche scientifique qui n'a pas plus de dix ans. Il en résulte une insuffisance au niveau des médicaments :

- L'évaluation clinique des médicaments et des techniques antalgiques est peu faite.
- Les études pharmacologiques sur le devenir des médicaments dans l'organisme sont peu nombreuses.
- Les autorisations de mise sur le marché (AMM) ne sont pas données pour les médicaments du palier II chez le jeune enfant : le dextropropoxyphène n'a pas d'AMM pédiatrique, la codéine n'est utilisable à partir de un an, la buprénorphine dans sa forme sublinguale ne peut être donnée qu'à partir de sept ans, la nalbuphine qui est autorisée dès l'âge de 18 mois est injectable et réservée à l'usage hospitalier.

- Le nombre de formes galéniques adaptées est limité pour les médicaments des paliers II et III.
La prise en charge de la douleur des enfants a des particularités manifestes :

Au niveau de la reconnaissance et de l'évaluation

L'enfant est démuné quant à l'expression des trois composantes de la douleur (sensori discriminative, affective et émotionnelle, cognitive et comportementale).

La sémiologie qui est particulière, parfois paradoxale et trompeuse, demande des soignants spécialisés.

Au niveau du traitement

L'insuffisance au niveau des médicaments a induit d'une part le recours à des techniques antalgiques qui sont devenues plus spécifiques comme les techniques d'anesthésie locales et locorégionales ou les techniques de sédation consciente par inhalation d'un mélange gazeux de protoxyde d'azote et d'oxygène (entonox), et d'autre part l'adaptation de moyens utilisés chez l'adulte, comme la PCA ou ACP , l'administration autocontrôlée par le patient".

L'algologie pédiatrique s'est développée progressivement sur une demande des intervenants auprès de l'enfant et des soignants. La réponse est donnée ponctuellement sous forme de consultation ou de façon plus générale, par l'intermédiaire de protocoles.

A ce jour, elle ne satisfait plus les besoins qui sont croissants. Il est indispensable d'envisager de passer de la position actuelle qui est du ressort du bénévolat et qui ne peut être maintenue, à celle de la création d'une structure définie, organisée et plus efficace.

Il est indispensable de donner un travail de qualité. Les techniques médicales évoluent rapidement, elles nous permettent des diagnostics rapides, des traitements efficaces tant sur la guérison que sur la prolongation de la vie, il faut les mettre au service des prestations médicales sans oublier qu'elles peuvent être dangereuses si l'homme n'est pas pris en charge dans sa globalité.

4 Les unités mobiles de soutien en soin palliatifs : la synergie [3, 8, 32, 33, 34]

4.1. Origine du concept

Paradoxalement, au moment où la médecine exprimait le plus les conséquences des découvertes scientifiques dans le quotidien, elle semblait nier le caractère inéluctable de la mort des patients qui lui étaient confiés. Ceci amenait des excès qui se manifestaient par l'absence de vision de ce que le malade et la famille attendaient réellement de l'accompagnement médical. La médecine par outrecuidance a cru que l'apport de la technicité scientifique a lui seul suffirait à combler les besoins des patients et de leur entourage. Les décalages entre la demande de soutien des patients et l'offre technique furent si grands que les comportements devenaient scandaleux.

C'est à la base une infirmière née en Grande-Bretagne, Cicely Saunders, au début travailleuse sociale puis infirmière et médecin, qui s'est mise à avoir un regard plus objectif et a fini par montrer autour d'elle les distorsions de l'offre et de la demande. Elle a donc remis au goût du jour et pu faire école d'humanité auprès des malades souffrant et en fin de vie. Le malade ne devenait plus un objet pour la science médicale moderne mais restait ce qu'il a toujours été à travers les différentes civilisations, un être avec une âme et une position sociale vis-à-vis de son entourage proche. La vision de la souffrance globale était donc remise en première ligne. La fin de vie devait donc être un changement médical, intégrant bien sûr les progrès de la médecine, mais en replaçant la recherche la recherche d'une plus grande humanité au centre du bien-être des patients et de leur entourage. Les soins palliatifs commencent donc dès le début où une maladie grave est diagnostiquée et accompagne la médecine classique en même temps que l'entourage familial jusqu'au décès et même après le décès.

4.2. A qui s'adressent les soins palliatifs ?

Ce n'est pas parce qu'une maladie n'est pas cancéreuse qu'elle ne peut pas de par sa gravité et son déroulement inéluctable être associé à une prise en charge palliative. Les soins palliatifs intègrent bien sûr toute la médecine de la prise en charge de la douleur, du confort et de l'adaptation sociale des conditions d'un sujet qui se dégrade et pour lequel on doit prendre en compte sa demande et celle de son entourage. Comme la santé a été définie par l'OMS en 1956, les soins palliatifs s'entendent dans un concept biologique, psychologique et social. Dans ce sens, la mise en place d'une attitude palliative peut commencer précocement lors du diagnostic de la maladie et être plus ou moins amplifiée en fonction de l'évolution et de la demande du patient.

4.3. Qui doit réaliser les soins palliatifs ?

Les équipes qui ont développé ce concept issu du monde anglo-saxon se sont créées autour d'unités fixes avec des lits dédiés à la prise en charge palliative ou autour de structures différentes de l'hôpital où pouvait s'établir ce type de relation privilégiée en fin de vie.

Les structures fortement développées en France sont les unités mobiles de soins palliatifs ou unités mobiles de soutien en soins palliatifs. Ce sont souvent des structures hospitalières ou à caractère de service public. Elles voient un nombre limité de malades et ont une large ouverture de professionnels en leur sein du médecin, de l'infirmière, de la psychologue et du psychiatre, de l'assistante sociale voire d'aides-soignants et de secrétariat. Ces unités sont bien utiles dans un établissement de moyenne ou de grande dimension, dans la mesure où elles peuvent, par leur aspect mobile et donc actif dans chaque service, faire diffuser ce message dans les différentes spécialités médicales. Leur mobilité s'entend aussi en dehors de la structure hospitalière pour faciliter le retour à domicile des patients.

Par delà le développement éthique de cette médecine palliative, la grande mission de ces équipes est la capacité de faire retourner les patients à leur domicile après analyse des possibilités de ce retour, pour envisager la fin de vie dans des circonstances correctes.

Cette vision est également économique puisque ces unités mobiles peuvent permettre la facilité de la fermeture des lits d'hospitalisation à temps complet. Malgré cette dynamique, 70% des patients décèdent encore à l'hôpital et la culture latine rend difficile le changement de ces habitudes tant l'angoisse de la mort, du mort et de tout ce qui l'entoure est éloigné de ce que le commun des familles est capable d'assumer.

Certains professionnels privés se sont aussi groupés pour pouvoir réaliser avec qualité ce type de prise en charge multiple auprès des patients. Mais ils ont peu de crédits et il est difficile dans les réseaux de développer cette prise en charge. Pourtant, on voit que leur action bénévole a souvent été pionnière pour que le secteur libéral bénéficie aussi de ce changement de mentalité auprès des patients.

Il existe depuis toujours des individus dont l'investissement de bénévole est largement au-dessus de la moyenne. Il est donc fréquent de rencontrer des infirmières essentiellement, des médecins parfois, qui font un quasi sacerdoce dans la prise en charge de ces patients souvent refusés par les autres professionnels de la ville ou du village en question.

Ces professionnels sont par leur courage des exceptions, ils ne sauraient constituer un modèle, mais ils ont parfois été les seuls, et sont d'une disponibilité qui montre combien certains domaines sont capables de cristalliser des personnalités hors normes. Le petit nombre de ces professionnels, par leur gain de capacité au travail, constituent un modèle qui finalement, n'est pas du tout négligeable dans l'organisation du système de santé actuel, bien qu'il ne peut pas être enseigné et conseillé, tant il est lié à des personnes exceptionnelles.

Le dernier élément important pour les soins palliatifs est de penser que tous les professionnels ont oublié de prendre en charge la souffrance globale en fin de vie.

On rencontre dans nos formations médicales, un grand nombre de médecins qui, depuis toujours, ont gardé cette conception d'une médecine humaniste donnant à leurs patients des conseils adéquats pour éviter l'acharnement thérapeutique, l'éloignement au moment de la mort et préparer le malade et son entourage à cette éventualité.

En tout état de cause, certains de nos confrères et de nos collègues infirmières n'ont jamais abandonné même si ce n'était pas la mode, depuis les années 70, cette conception humaniste des soins palliatifs. Paradoxalement, ces pionniers ne sont pas assez reconnus et il est causasse de constater que ces professionnels ne sont que rarement invités dans les réflexions et les enseignements sur les soins palliatifs tant ces professionnels sont dans une attitude naturelle, pour la réalisation de cette médecine globale et tant ils trouvent illusoire de devoir enseigner ce qui, pour eux, fait partie depuis toujours et fera toujours partie dans l'avenir également, d'un médecin honnête dans son travail à la fois technique et humaniste.

Une des grandes avancées de la politique de développement des soins palliatifs est la réalisation d'associations de bénévoles qui, groupés, font un enseignement dans la population de patients non malades et qui permettra de diffuser cette conception humaniste dans la société.

4.4. *Les grands principes éthiques*

Le code de déontologie a donné comme règle d'accompagner la souffrance, de ne pas aller dans une médecine hyper technique qui oublie l'humain et de tout faire pour soulager la douleur physique en même temps que morale des patients

Même les grandes religions se sont penchées sur la notion de soins palliatifs. La grande majorité des religions accepte le principe de la prise en charge palliative quand la maladie est très évoluée. Ces principes de déontologie et d'éthique religieuse ont dans la quasi-totalité des cas, exclu l'euthanasie active. Seuls des petits groupes pensent qu'il faut légiférer pour autoriser dans certaines circonstances et dans certains encadrements juridiques et médicaux, le principe d'une accélération volontaire et assistée vers la mort. Cette conception paraît excessive et légiférer comme certains pays (la Hollande) dans ce sens, non seulement heurte les philosophies de vie des sociétés latines, mais peut aboutir à des dérives difficilement contrôlables.

On verra par ailleurs que médicalement, éthiquement et en pratique, ces attitudes n'ont que très peu un quelconque début d'utilité. Les débats télévisés sont très prisés des journalistes pour opposer cette conception dite responsable où, quand on n'est jamais malade, on peut choisir théoriquement de préférer la mort à une vie sans dignité, cette conception étant opposée avec celle qui essaie de façon plus subtile d'évoquer que l'accompagnement des gens est toujours préférable et donne plus d'humanité au mourant et à sa famille, en laissant moins de traces délétères qu'une attitude interventionniste.

Dans des situations de réanimation où l'euthanasie est passive, la discussion est encore ouverte et il est en effet difficile de légiférer ; En tout état de cause, il faut faire évoquer aux équipes médicales de réanimation, la nécessité de procédures multidisciplinaires entre médecins, infirmières, famille et parfois patient pour déclencher cet arrêt des soins qui peut accélérer la mort.

Il n'y a pas encore, dans les différentes régions de France, en fonction des structures hospitalières ou des organisations et réseaux des différentes régions, une égalité devant cette médecine de fin de vie. Il faut généraliser cette conception humaniste d'accompagnement de la fin de vie en développant l'enseignement dans les écoles d'infirmières, dans les écoles d'aide-soignantes, dans les études médicales et par les formations médicales continues.

Ce rôle de pédagogie est actuellement un des grands piliers de l'utilité des unités palliatives. La conception philosophique de s'occuper de la souffrance de la fin de vie, est bien sur noble, mais on ne doit pas, par cette hauteur d'âme, se priver d'une analyse objective des circonstances dans lesquelles se passe cette fin de vie.

Autrement dit, il faut théoriser, comprendre, expérimenter et diffuser un enseignement qui soit le plus clair possible, le plus scientifique possible, le plus précis possible et ne pas se contenter d'évoquer des histoires plus ou moins empruntes de nostalgie, de sensiblerie ou de leçons moralisatrices. Les unités mobiles doivent rechercher des messages clairs, brefs, des formations efficaces, à l'exemple de ce que la médecine en général a développé pour être efficace.

Il est paradoxal de constater que, comme dans les Centres Anti-Douleur, les médecins et les personnels travaillant dans les unités palliatives, sont des pionniers.

Ceci a la particularité de regrouper des personnalités certes motivées, mais dont les structures intimes psychologiques rendent parfois difficile le passage à une médecine palliative transmissible dans un enseignement efficace et à une médecine palliative voulant parfaitement s'intégrer avec les autres branches de la médecine hospitalière ou privée.

Dans les années à venir, les deuxièmes et troisièmes générations de médecins ou d'infirmières travaillant dans ces unités auront certainement dépassé ce défaut, qui accompagnait avec leurs qualités, la première génération de pionniers.

4.5. *Les principes médicaux*

La prise en charge médicale de la douleur, de la souffrance et des choix thérapeutiques doit se faire dans un but positif d'améliorer le patient mais en essayant de diminuer au maximum les effets délétères des médicaments. Cette prise en charge doit également favoriser l'autonomie du patient et les choix les plus adaptés pour l'entourage familial.

En tout état de cause, l'information du patient et de la famille doit être la plus présente, claire et répétée possible. Il faut respecter la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement, (*Annexe 5 : Charte des soins palliatifs et de l'accompagnement*), et toujours avoir « une attitude de franchise. »

Il ne faut jamais oublier que des prises en charge médicales étiologiques peuvent avoir un impact positif.

4.6. *L'évolution actuelle*

La dynamique de la prise en charge du cancer, à travers la réflexion des unités des différents centres de lutte contre le cancer, amène à la modification du concept de soins palliatifs. Ce concept est en effet dans ces centres et de façon plus généralisable, intégré à un ensemble de prises en charge du patient qui comprend la nutrition, le traitement de la douleur, le soutien et le suivi des patients en évolution terminale, les soins ambulatoires et les chimiothérapies.

L'ensemble de ces prises en charge peuvent être intégrées dans des soins dits de support et des services regroupant sous cette appellation un grand nombre de disciplines et d'activités transversales.

Ceci permet de constituer une dynamique importante dans ces établissements.

Un modèle identique pourra être développé au centre hospitalier ou dans les grands centres hospitaliers généraux. Ainsi, la synergie de toutes ces activités serait peut être profitable à chacune d'entre elles. Le malade y trouverait également à disposition, tous les outils pour que ses symptômes et les évolutions handicapantes de sa maladie, notamment cancéreuse, puissent être soumises à une prise en charge la plus efficace possible.

5 L'Algologie et les structures ambulatoires : synergie ^[35]

Les dix dernières années ont vu le développement de la douleur mais également de structures de prise en charge d'anesthésie ambulatoire pour la chirurgie d'un jour. Il est intéressant de rapprocher ces deux modernités. En effet, sur le plan géographique, les structures de la douleur ont du mal à trouver des locaux spécifiques. Il est donc intéressant d'utiliser l'après-midi des locaux de consultation à l'intérieur des structures de prise en charge ambulatoire. Le secrétariat peut être commun, la facilité de reconnaissance géographique aussi et la disponibilité du médecin anesthésiste s'occupant le matin de la chirurgie ambulatoire peut être délégué l'après-midi pour une activité de consultation pré-anesthésique ou de douleur chronique si c'est son centre d'intérêt. Ces structures ambulatoires sont également le lieu idéal pour l'évaluation courte des patients douloureux chroniques avec intervention de multiples médecins référents dans ces locaux adaptés. Ces structures peuvent être aussi le lieu de réalisation de gestes techniques de lourdeur modérée que réclament souvent les patients douloureux chroniques : infiltration, bloc anesthésiques, blocs diagnostiques, réglage de PCA, explication et location d'appareils de neurostimulation, voire réglage de la stimulation cordonale postérieure implantée aux lombalgiques multi-opérés.

Dans une structure hospitalière, cette synergie peut faire accepter plus facilement les deux projets que sont le développement de l'ambulatoire et le développement de la douleur. En effet, pris isolément, ces projets seraient coûteux en personnels, coûteux en locaux et difficilement réalisables.

En synergie, ils peuvent s'avérer viables et peuvent profiter aux deux dynamiques. Pour les structures privées, il est impératif d'optimiser le temps anesthésique et le temps de secrétariat.

Dans ce sens, il est naturel de répondre, grâce aux moyens développés dans les structures ambulatoires, à la demande éventuelle d'une ville moyenne de contenir en ses lieux une structure de prise en charge de la douleur chronique. Les médecins anesthésistes compétents en douleur aiguë et post-opératoire sont souvent les mêmes qui sont intéressés à la prise en charge des douleurs rebelles et chroniques.

Le dernier avantage de cette synergie de structures est la permanence téléphonique, qui est indispensable dans la prise en charge de la chirurgie ambulatoire 24 heures sur 24. De même, le secrétariat téléphonique permanent dans la douleur chronique est un plus incontournable actuellement

6 La douleur et l'information grand public ^{[8, 36, 37]5}

Alors que le plan triennal gouvernemental de lutte contre la douleur 1998-2000 (*Annexe 6 : Plan triennal*) annonçait déjà « le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé » et « l'information du public » comme des priorités, le nouveau programme d'actions ou plan quadriennal (*Annexe 7 : Plan quadriennal*) poursuit toujours ces mêmes objectifs.

La nécessité d'informer les professionnels de santé comme le public sur plusieurs domaines touchant à la douleur et à son traitement est impératif, car :

- il y a encore des difficultés à faire accepter des traitements morphiniques chez les patients présentant des douleurs cancéreuses.

Pour ces mêmes douleurs cancéreuses, il y a un blocage d'informations dans le monde paramédical infirmier qui doit utiliser des produits dont il n'a pas l'habitude. Les pharmaciens sont également réticents à la délivrance des produits opiacés et certains médecins généralistes ou spécialistes voient encore comme un échec le recours à la morphine dans la douleur du cancer.

- Dans les douleurs chroniques non cancéreuses, c'est le manque d'image de marque claire de ce que représente ce syndrome douloureux chronique qui pose problème. Dans le public comme chez les professionnels de santé, la méconnaissance de ce mal retarde le diagnostic de cette affection grave et coûteuse. Les professionnels de santé pourraient dépister plus tôt cette affection.

Seule une information sur les différentes composantes de ce syndrome douloureux chronique, visant le public, c'est-à-dire la famille des douloureux chroniques ou les futurs douloureux chroniques que nous pouvons tous devenir, pourra améliorer la prise en charge précoce de cette affection nouvelle.

Le constat du besoin étant fait, la communication médicale est difficile. Elle doit s'attacher à toucher de façon ciblée la population qu'elle vise à informer. On peut dire que l'information médiatique sur les domaines pointus de la médecine est imparfaite, dans la mesure où elle a davantage fait vendre à des consommateurs "de santé" des demandes excessives d'exams complémentaires ou de techniques de pointe initialement réservées à un petit nombre de patients.

L'information médicale est donc souvent mal adaptée, mais elle est également inefficace sur les moyens de prévention des grands fléaux touchant la population française (tabac, sédentarité, déséquilibre diététique, intoxication alcoolique, prise excessive de médicaments inutiles).

Qu'en est-il pour l'information sur la douleur?

Paradoxalement, elle présente des aspects négatifs et des aspects positifs.

Aspects négatifs :

- Difficulté de montrer, par des images, les appareils ou les techniques qui représentent le traitement de la douleur chronique
- Evocation chez les sujets normaux de souvenirs déplaisants personnels ou familiaux qui constitue un obstacle psychologique majeur pour recevoir de façon positive le message (antécédent de deuil, de violence, d'inceste ...).

Aspects positifs :

- Ne pas montrer d'appareils mirifiques, c'est prendre le contre-pied de ce qui est la règle dans la médiatisation médicale. L'outil pédagogique est l'expérience personnelle que chacun a eue avec la douleur.
- La douleur touche des maux bien connus des gens : migraines, lombalgies et cancer. L'information consiste à établir un rapprochement entre ces maux et des aspects de la personnalité toujours associés avec la chronicité de ces affections.

Ce rapprochement entre des maux très répandus et des situations événementielles biographiques est la chance pour qu'une information efficace éclaire le patient douloureux chronique.

6.1. A qui s'adresse cette information ?

Trois niveaux existent :

- le grand public,
- les docteurs en pharmacie et les paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes),
- les médecins généralistes et spécialistes.

6.2. Quelle information véhiculer ?

6.2.1. Information du grand public

Les deux messages qui paraissent importants sont :

- Banaliser dans les cancers l'utilisation de la morphine en éliminant l'angoisse qui associe la morphine aux derniers jours de vie.
- Eliminer les préjugés relatifs à morphine et toxicomanie chez le cancéreux.

Pour les douleurs non cancéreuses, il faut se centrer sur les maux de tête et les lombalgies. Dans ces deux cas, l'information modifierait les comportements du grand public vis à vis de ces maux très répandus.

Pour la migraine, il faut faire comprendre que la vraie migraine est rare, et qu'à l'opposé, la céphalée de tension notamment médicamenteuse est très répandue. Elle est mal prise en charge et cela aboutit à des abus de prise de médicament. L'information sur les céphalées devrait s'attacher à faire comprendre le lien entre le stress, l'aspect diététique, le port de verres de lunette inadaptés et le manque de sommeil dans la genèse de cette maladie.

Pour la lombalgie, le message est bien sur identique à celui des rééducateurs fonctionnels et rhumatologues : il faut faire des exercices réguliers luttant contre la sédentarité, corriger les positions assises dès le plus jeune âge (information aux enfants et aux parents), lutter contre l'obésité, le manque de musculature abdominale et faire là aussi, la relation avec le stress et les souffrances plus archaïques issues de l'enfance.

Trois moyens d'information sont possibles:

- L'information auprès des radios, télévisions en évitant l'écueil de la visite d'un Centre Anti-Douleur aux techniques sophistiquées.
- Les articles de journaux pour exposer les principes évoqués au dessus
- Les réunions grand public (meilleur moyen d'expliquer ces sujets difficiles), ou des groupes professionnels (des administrations, des comités d'entreprise) débattent autour du thème de la douleur.

Toute la qualité d'une conférence de ce type réside bien sûr dans la personnalité de l'orateur et dans la capacité qu'il a d'exposer ces informations tout en restant à l'écoute des angoisses et, des interrogations qui ne manqueraient pas de surgir au cours d'une réunion interactive.

6.2.2. Information des professionnels de santé

Celle-ci est indispensable pour mieux divulguer les techniques de prescription, notamment de la morphine.

- Les pharmaciens sont une corporation facile à informer dans la mesure où des syndicats de formation existent regroupant un pourcentage très important de tous les pharmaciens d'une région. A l'occasion de ces réunions, il faut insister sur la difficulté de servir les patients se présentant avec les ordonnances sécurisées. Il faut répondre aux angoisses de ces pharmaciens vis à vis de la détention de produits opiacés et enfin les rassurer sur l'utilisation de ces produits qui, chez des douloureux chroniques, ne présentent pas de danger de toxicomanie.

Ces pharmaciens doivent également bénéficier d'informations précises sur la douleur chronique, puisque c'est dans leur officine qu'ils conseillent la population tant sur l'orientation vers les différentes branches de la médecine que sur l'observance médicamenteuse.

- La corporation des infirmiers et infirmières et kinésithérapeutes est également formée à travers des groupements professionnels de formation continue. IL faut contacter ces groupements, leurs responsables et leurs proposer des thèmes de la douleur pour lesquels ils sont finalement très demandeurs.
- Le troisième groupe à former est bien sûr celui des médecins.

Trop nombreux sont encore les généralistes ne possédant pas d'ordonnances sécurisées et qui ont une connaissance de la morphine juste supérieure à celle de leurs patients. Concernant la douleur cancéreuse, les progrès sont certains : on peut en juger par la grande demande des formations médicales continues sur la douleur du cancer. La douleur non cancéreuse chronique est plus difficile à aborder. Les généralistes doivent pouvoir trouver des informations théoriques permettant de comprendre le syndrome douloureux chronique et de l'expliquer aux patients eux-mêmes, afin de résister à la demande d'examens complémentaires ou de visites aux spécialistes.

La formation des spécialistes est plus problématique. Elle doit se faire autour, là aussi, de leur organisme professionnel de formation médicale continue. Mais la demande est moindre que pour les généralistes. IL faut donc une politique plus agressive, de proposition de ces thèmes au cours de leur formation. Il faut intéresser ces spécialistes par des moyens indirects.

La douleur sera abordée après leur avoir montré un aspect avantageux du traitement de la douleur dans leur spécialité. Les chirurgiens orthopédiques sont par exemple tout à fait attirés par une information sur l'algodystrophie qui constitue une hantise. A partir de celle-ci, toute les informations sur la douleur rebelle chronique, les douleurs neurologiques, voir même les douleurs de cancer peuvent être abordées.

6.3. Les expériences réalisées à Montpellier

Dans le domaine grand public, il n'y a eu que trois expériences au cours de réunions demandées par les associations culturelles de certaines villes de la région. Le public est nombreux sur le thème de la douleur du cancer et de la lombalgie. Il conviendrait de clarifier ces réunions où une foule d'informations est demandée par les participants. Il faut confectionner des fiches d'une extrême simplicité relatant les cinq ou dix idées qu'il convient de transmettre.

Pour l'information des pharmaciens, il a été réalisé là aussi deux réunions spécifiques où cent cinquante pharmaciens furent présents. Les raisons de la réticence vis à vis de la détention des opiacés ont été largement débattues. L'information a permis de dégager les angoisses et les craintes des traitements à la morphine et d'expliquer la céphalée médicamenteuse pour prévenir l'automédication abusive. Le succès a été certain puisqu'il y a eu diminution du nombre d'appels de pharmaciens comprenant mal la prescription de dose telle que, par exemple 200 mg de sulfate de morphine matin et soir (dose considérée comme forte par le pharmacien mais moyenne par le médecin).

Concernant l'information aux kinésithérapeutes et infirmières, quinze réunions ont été réalisées depuis cinq ans. L'écoute est optimale, parfois même le degré de connaissance sur les problèmes de lombalgie de ces paramédicaux est largement supérieur à ce qu'il est chez les médecins. Les connaissances sont également très développées sur les soins palliatifs.

Quant à l'information des médecins généralistes, environ cent cinquante réunions de Formation Médicale Continue, dont la moitié déclenchées par les laboratoires, ont été réalisées depuis sept ans à partir du Centre Anti-Douleur. Une cinquantaine de réunions ont été réalisées hors de la région sanitaire. Là aussi, un guide simple de conseils en prescription me semble indispensable.

Pour les spécialistes, les réunions réalisées ont concerné les trente-cinq orthopédistes de Montpellier : le thème d'algodystrophie a passionné ces praticiens. Une forte modification vis à vis de la prévention de l'algodystrophie et de son traitement précoce a été constatée (augmentation de la prescription des calcitonines et même des antidépresseurs et anxiolytiques chez les personnalités exposées) et une meilleure collaboration avec les médecins anesthésistes pour les blocs locaux-régionaux dans ces algodystrophies a été possible.

Des réunions pour les gynécologues ont été également à trois reprises réalisées. Cette spécialité est également très réceptive à l'aspect psychologique de la douleur chronique. (Douleur pelvienne)

Les rhumatologues et les rééducateurs fonctionnels qui depuis quatre ans, ont réalisé une véritable mutation dans la conception de leur spécialité, sont maintenant réceptifs aux informations véhiculant l'importance du traitement symptomatique. Il faut maintenant enrichir ces informations de tout l'aspect psychologique trop souvent négligé et pourtant présent chez tous ces patients rhumatologiques à des degrés divers.

C'est sur cette spécialité que doit reposer le maximum d'effort pour prévenir les évolutions catastrophiques des sujets dont les problèmes psychologiques aggravent la plainte organique.

Par delà ces informations qu'il faut aller chercher à travers des réunions professionnelles, il y a bien sûr l'inscription au Diplôme Inter-Universitaire d'Etude et du Traitement de la douleur. Près de 375 médecins spécialistes et généralistes ont été formés à Montpellier depuis 1982.

Le pourcentage des spécialistes inscrits est le suivant :

- 50 % de médecins anesthésistes
- 17 % de rhumatologues et rééducateurs fonctionnels
- 10 % de psychiatres
- 17 % de médecins généralistes

L'origine géographique des médecins est la suivante:

- 2 % d'étrangers
- 55 % de médecins hors région sanitaire
- 43 % de médecins de la région sanitaire

Ces actions de formation devraient pouvoir bénéficier du soutien de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et de mutuelles.

Tous les éléments sont actuellement réunis pour que l'information sur la douleur s'étende :

- La nécessité d'économie de santé
- La responsabilisation des patients
- Le rôle de conseil en santé des médecins, pharmaciens et paramédicaux qui doit se développer encore dans l'avenir

7 ***La douleur et la formation*** [8, 36, 37, 38, 39]

Les formations sont une priorité car elles apportent des connaissances nécessaires à l'amélioration significative de la prise en charge de la douleur. Leur contenu doit être axé autour d'une approche médicale mais aussi autour des alternatives à une prise en charge médicamenteuse, autour de la dimension sociale et psychologique de la douleur.

En effet, la définition de la douleur sur laquelle s'appuie la pratique désigne trop souvent uniquement la douleur physique. Patients et soignants insistent sur la nécessité de mieux prendre en compte sa dimension psychologique.

Tous les professionnels estiment que les formations ont entraîné des changements dans leurs pratiques (les infirmiers libéraux se sentent parfois démunis quand ils se considèrent mieux informés que leur médecin prescripteur-).

En quatre ans, de 1998 à 2002, le nombre de formations sur la douleur a été multiplié par 3 et celui des soins palliatifs par 1,5. Le plan triennal a permis de donner un réel essor aux formations mais on observe malgré tout des disparités entre les régions.

7.1. Diplôme Inter-Universitaire : **« Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur »**

Plusieurs universités proposent ce D.I.U.
 (Annexe 8 : Universités enseignant le D.I.U.)

Les principes généraux de cette formation sont :

- Le brassage des professionnels médicaux et paramédicaux
 - Les échanges interactifs
 - La présence de douloureux chroniques en tant qu'enseignants
 - L'utilité d'au moins 90% de présence aux enseignements
 - La formation diplômante pour tous ceux qui sont assidus
 - Le stage de participation clinique fortement conseillé
- Cet enseignement a pour but d'assurer la formation continue à la prise en charge de la douleur pour les différents professionnels de santé: médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, Docteurs en chirurgie dentaire... Le diplôme délivré certifie l'acquisition de connaissances fondamentales et cliniques.
 - Peut s'inscrire en vue de l'obtention de ce diplôme tout médecin titulaire du Diplôme d'Etat de Doctorat en Médecine, mention Médecine Générale, ou étudiant en médecine ayant validé la troisième cycle de médecine générale, ou spécialiste diplômé, ou étudiant en cours de troisième cycle de spécialité, ou titulaire à titre étranger de diplômes équivalents.
- De même, sont admis à s'inscrire les Docteurs en Pharmacie, les Docteurs en Chirurgie Dentaire, ainsi que les Psychologues cliniciens titulaires d'un DESS, les Infirmières diplômés et les kinésithérapeutes.
- L'enseignement est théorique, sous forme de cours, et pratique sous forme d'ateliers et de tables rondes.
 - L'enseignement théorique dispensé sur un an et doit totaliser un volume minimal de 60 heures. Il doit correspondre aux thèmes et aux objectifs pédagogiques communs définis dans le règlement intérieur.
 - Le contrôle final des connaissances est organisé dans chaque université. Il comprend une épreuve écrite anonyme d'une durée de 2 heures.
 - La validation du DIU implique la présence obligatoire à 75% des enseignements.

7.1.1. Statuts

Article 1

Cet enseignement a pour but d'assurer la formation continue à la prise en charge de la douleur pour les différents professionnels de santé: médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, Docteurs en chirurgie dentaire... Le diplôme délivré certifie l'acquisition de connaissances fondamentales et cliniques.

Article 2

Peut s'inscrire en vue de l'obtention de ce diplôme tout médecin titulaire du Diplôme d'Etat de Doctorat en Médecine, mention Médecine Générale, ou étudiant en médecine ayant validé la troisième cycle de médecine générale, ou spécialiste diplômé, ou étudiant en cours de troisième cycle de spécialité, ou titulaire à titre étranger de diplômes équivalents. De même, sont admis à s'inscrire les Docteurs en Pharmacie, les Docteurs en Chirurgie Dentaire, ainsi que les Psychologues cliniciens titulaires d'un DESS, les Infirmières diplômés et les kinésithérapeutes.

L'inscription est subordonnée à l'autorisation préalable de l'enseignant coordinateur.

Article 3

L'enseignement est théorique, sous forme de cours, et pratique sous forme d'ateliers et de tables rondes.

Article 4

L'enseignement théorique dispensé sur un an et doit totaliser un volume minimal de 60 heures.

Il doit correspondre aux thèmes et aux objectifs pédagogiques communs définis dans le règlement intérieur. Il est régulièrement actualisé par la Commission Pédagogique inter universitaire du Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur (CNEUD)

Article 5

La périodicité de l'enseignement est annuelle.

Article 6

Le contrôle final des connaissances est organisé dans chaque université. Il comprend une épreuve écrite anonyme d'une durée de 2 heures.

Article 7

L'enseignement théorique et pratique est dispensé par les universités signataires et placé sous la responsabilité d'un ou plusieurs enseignants désignés dans chaque université par leur U.F.R.

Les représentants de chacune des universités concernées se réunissent au sein de la Commission Pédagogique Inter Universitaire du Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur (CNEUD) au sein de laquelle est créée une sous section spécifique au DIU « Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur »

La commission pédagogique inter universitaire se réunit au moins une fois par an. Elle élit un coordinateur pour une durée de 2 ans. Celui ci collabore avec le coordinateur de la Capacité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, présidant la commission pédagogique inter universitaire du Collège des Enseignants Universitaires de la Douleur.

La commission pédagogique inter universitaire du DIU a pour fonctions d'actualiser et d'harmoniser le programme pédagogique commun, de définir les objectifs et les méthodes pédagogiques utilisées.

Article 8

Le diplôme est délivré aux candidats quand les connaissances ont été contrôlées par l'examen écrit final.

Article 9

Les étudiants prennent une inscription annuelle dans leur faculté de médecine d'origine. Les droits d'inscription sont fixés annuellement par les universités selon leurs propres règles et les textes en vigueur.

Article 10

Le Diplôme Inter-universitaire FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE A LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR est délivré par le Président de l'Université dans laquelle est inscrit l'étudiant, sous le sceau et au nom de toutes les universités co-signataires.

7.1.2. Règlement intérieur

- L'article 1 précise les diverses professions de santé pouvant s'inscrire au DIU.
Une Faculté peut faire le choix de limiter les inscriptions à une seule catégorie professionnelle.
- La commission pédagogique a pour rôle de préciser les objectifs pédagogiques recherchés, de mettre en commun les méthodes et documents pédagogiques (tests de connaissance, cas cliniques, vidéo, documents de référence) et de mettre à jour une banque des questions d'examen.
- Le contrôle des connaissances a une durée de 2 heures et comporte 4 questions rédactionnelles (ou cas cliniques) à choisir dans une liste de 6 questions. Cette disposition permet ainsi d'avoir un examen commun à toutes les catégories professionnelles tout en permettant des questions mieux adaptées à chaque catégorie professionnelle.
- La soutenance d'un mémoire, la pondération à donner pour la note finale sont laissées à l'appréciation de chaque Faculté.
- Il n'est pas prévu de formation pratique sous la forme de stages dans les structures d'Evaluation et de Traitement de la Douleur.
- Des enseignements complémentaires sous la forme de DU ou de modules pourront être organisés sur des thèmes spécifiques (douleur de l'enfant, psychologie de la douleur, la douleur aiguë, la douleur aux urgences...) pour les étudiants ayant validé la Capacité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur ou d'autres DU ou DIU « douleur »).
- La validation du DIU implique la présence obligatoire à 75% des enseignements.
- Le programme comporte un minimum de 60 heures de cours et d'ateliers.
- Thèmes du programme

Physiologie-physiopathologie

Définitions: nociception, douleur, souffrance
 Anatomie et physiologie de la nociception
 Classification des mécanismes de douleur
 Douleurs aiguë et chronique

Evaluation

Evaluation de la douleur et de la qualité de vie
 Pharmacologie
 Classification des antalgiques et maniement
 Placebo et effet placebo
 Maniement de la morphine
 Psychotropes

Autres modalités thérapeutiques

Blocs anesthésiques,
 Analgésie contrôlée par le patient (PCA)
 Neuro stimulation
 Rééducation du malade douloureux
 Neurochirurgie de la douleur

Psychologie

Aspects psychologiques de la douleur
 Relation avec le malade douloureux
 Relaxation, Psychothérapies dans la douleur chronique
 (approches cognitivo- comportementale, existentielle, psychanalytique)
 Aspects psycho sociaux de la maladie chronique
 Aspects psychologiques de la phase terminale

Grands syndromes douloureux

Douleur post-opératoire - Douleurs aux urgences
 Douleur chez le malade cancéreux
 Migraine et céphalée
 Douleur myofasciale et fibromyalgie - Algie faciale
 Douleurs neurogènes
 Lombalgie et lombosciatique
 Douleurs provoquées par les soins
 Douleur et SIDA
 Douleur chez l'enfant-Douleur et personne âgée

Organisation des soins

Travail d'équipe et prise en charge de la douleur

Hospitalisation et soins à domicile

Organisation d'un Centre de Traitement de la Douleur

Organisation d'une Equipe mobile et d'une Unité de Soins Palliatifs

Travail en réseau - Comité de lutte contre la douleur

7.1.3. Comment accréditer une formation douleur ?

Le Conseil National de l'Ordre des médecins recommande que la Formation Médicale Continue (FMC) soit organisée dans l'indépendance et la transparence au bénéfice de tous.

Se donner les moyens de respecter ce contrat moral c'est admettre qu'aucune autre considération que la qualité ne doit prévaloir dans l'organisation de la FMC.

La demande d'accréditation des actions de FMC reste une démarche volontaire de la part des organisateurs auprès de la commission mixte CNMD/CNEUD. Pour clarifier le processus d'accréditation des actions de FMC, la commission met à la disposition des organisateurs de FMC une demande d'accréditation qui devra présenter le projet. Elle doit permettre d'obtenir de la part des utilisateurs les renseignements indispensables aux organisateurs pour mesurer, apprécier, analyser la qualité et l'efficacité de l'action.

La demande est examinée par la commission mixte. (Annexe 9 : demande d'accréditation)

Les renseignements aux rubriques scientifiques, pédagogiques, évaluation et financière permettront aux membres de la commission mixte :

- d'apprécier si le projet de formation peut être en mesure de produire l'effet recherché.
- d'éclairer le choix des professionnels souhaitant participer à des actions de formation continue.
- d'apprécier l'indépendance de l'action de formation.

L'indépendance doit s'exercer et s'apprécier à tous les niveaux de l'organisation :

- Choix, des thèmes, des experts, des objectifs de formation,
- contenus et modalités de déroulement de la formation,
- évaluation des actions de FMC, impact de la formation sur la pratique
- informations et transparence des modalités de financement de l'action et de l'organisme de formation.

Les renseignements demandés contribuent à l'accréditation de l'action par la commission.

7.2. La Capacité d'Evaluation et Traitement de la Douleur

Cet enseignement a pour but d'apporter une formation complète pour la prise en charge des patients douloureux aigus et chroniques. Il concerne les connaissances fondamentales dans les domaines anatomo-physiologiques, cliniques et thérapeutiques de la douleur.

L'objectif de l'enseignement est de former des praticiens, généralistes ou spécialistes concernés par l'approche multidisciplinaire de la douleur.

Le diplôme délivré certifie l'acquisition de connaissances étendues concernant les mécanismes neuro-physiologiques, la physiopathologie, l'évaluation clinique, la prise en charge psychologique et les thérapeutiques des principaux syndromes douloureux.

L'enseignement est organisé par plusieurs universités (*Annexe 10 : Universités enseignant la Capacité d'Évaluation et Traitement de la Douleur*). Il comporte des cours théoriques (160 h), avec un programme spécifique (*Annexe 11 : Programme de la CETD*) et un stage clinique obligatoire de trente journées dans des services agréés par le comité du diplôme.

L'enseignement théorique totalise 160 heures réparties et 10 modules de 16 heures en moyenne, à raison de 5 modules par an, sur deux ans.

L'enseignement pratique se déroule pendant la seconde année, il comporte un stage clinique obligatoire de 30 journées dans lesquelles sont intégrés des travaux dirigés, ateliers, apprentissage de techniques. Les stages se dérouleront dans des consultations spécialisées de la douleur (synthèse diagnostique et thérapeutique) et lors de prises en charge thérapeutiques spécifiques dans les services hospitaliers. Les stages seront réalisés :

- pour les 3/4 du temps, dans des unités avec prises en charge pluridisciplinaires des patients et habilitées par le comité pédagogique
- pour 1/4 du temps, dans des structures réalisant des gestes ou prises en charge spécialisées (en neurochirurgie, neurologie, psychiatrie, anesthésie, rhumatologie, médecine interne, ...)

7.3. Témoignage d'un médecin : Le Dr Philippe Keledjian

Le retour aux études pour un médecin généraliste installé depuis seize ans, est un retour aux sources. Evidemment, ce qui en jaillit n'est plus le même !

L'évolution construit des idées en médecine, elles-mêmes sous la dépendance de la pression sociale qui a amené à choisir la science algologie.

En 1994, j'attendais de cet enseignement un apprentissage de recettes, de méthodes, de techniques me permettant d'améliorer la prise en charge des patients douloureux.

Je ne pensais pas à l'époque que l'on ne parlait au moins autant de souffrance que de douleur, d'écoute que d'action.

Finalement j'étais encore, sans m'en rendre compte, alors même que je pensais l'inverse, l'héritier direct de mes études que je qualifie de techniques et de modernistes.

Pendant ces deux dernières années d'enseignement organisés par le CAD à Montpellier, j'ai pris beaucoup de plaisir à recevoir, comme autant de cadeaux, des cours de neurophysiologie, neurochirurgie, de sémiologie, de thérapeutique et aussi et j'insiste des cours de physiologie et de psychiatrie. Jusqu'ici finalement rien que des cours normaux pour une formation universitaire. Mais cette formation laisse apparaître peu à peu sa particularité : elle est organisée autour de la conception de la personne humaine ; elle nous déconditionne, nous force à abandonner la dichotomie corps-psyché, véhiculée implicitement par la faculté de médecine. (C'était vrai dans les années 70. Cela a-t-il vraiment changé ?)

La faculté valorisait une tête bien remplie, préparée pour un concours d'internat source d'une technocratie médicale plutôt qu'une tête bien faite riche de connaissances psychologiques, culturelles. La faculté valorisait aussi l'organisation verticale favorisant un rapport de pouvoir à une organisation horizontale privilégiant un travail partenarial. N'est-il pas significatif d'appeler les femmes qui lavent les malades des aides-soignantes alors que ce sont elles qui soignent réellement le plus ?

Premier point : Le patient qui nous accorde sa confiance n'est pas un corps qui présente une douleur et dans ses antécédents on trouve une personne qui a une histoire et qui souffre.

Deuxième point : L'enseignement dispensé n'occulte pas les méthodes, les techniques et les modes de prise en charge alternatifs : homéopathie, acupuncture, ostéopathie, mésothérapie...

Si cela fait du bien, pourquoi pas. Là aussi il y a le deuil du pouvoir à faire. Ce qui, au passage, peut libérer de l'énergie pour voir autrement, faire autre chose et vivre (pour le médecin) différemment.

Troisième point et suite logique : un abandon d'une position de pouvoir vis-à-vis du patient doit s'accompagner de la même démarche vis-à-vis des confrères. Le « cher confrère » vécu comme un concurrent, conséquence de nos exercices en solitaire. Le cabinet médical traditionnel continue-t-il à être un bien adapté à la médecine complexe d'aujourd'hui ?

Au total tout cela me donne un nouvel élan, dans ma vie professionnelle, dans mon évolution personnelle. Les antécédents du patient cessent d'être une addition insensée, sorte d'entassement inerte. Au contraire non seulement ils ont contribué à ce que le patient devienne ce qu'il est, mais la façon dont je les valorise va faire parler le patient de ce qui s'est passé. De même que le chronicisation d'une douleur à un sens, j'ai appris qu'elle avait un sens, qu'il pouvait s'agir d'un langage, et du passé et du présent. C'est peu dire que cette façon d'être avec le patient est un pas évident vers une médecine humaine, intéressante et maturante pour les protagonistes.

Tout cela implique une bonne qualité de connaissance médicale en permanence remise à jour et une connaissance de soi même permettant de ne pas se soigner au contact des malades ! Une culture générale variée, notamment en psychologie, mais aussi en ethnopsychiatrie (migrants)...

Il existe pour tous ces domaines des moyens disponibles, être plutôt un honnête homme qu'un savant. Voilà tout ce que le DU d'algologie m'apporte...

Que vais-je faire avec ces acquis ?

Evidemment je vais porter un autre regard sur mes patients, je vais essayer de leur faire profiter de tout cela, de cette nouvelle façon d'être (j'espère). Ma façon de faire a déjà changé : je distingue les douleurs neuropathiques des douleurs nociceptives, je n'ai plus peur d'utiliser la morphine d'abord parce que je l'ai appris, à bonnes doses, mais aussi parce que je me sens soutenu par mes collègues du CAD. Je peux utiliser des morphiniques pour des douleurs fortes, invalidantes même si elles ne sont pas liées à une pathologie mettant en jeu la vie. Une gonarthrose insomniant malgré des autres antalgiques n'est plus un problème. En donnant aux patients des explications, les réticences tombent. J'ai aussi appris à détecter des algies brusques telles des glossodynies, à proposer de la mésothérapie en rhumatologie, par exemple. Cet enrichissement cognitif, s'accompagne et ce n'est pas le moins important d'un enrichissement relationnel avec une équipe disponible où je peux adresser des patients.

Même si un patient revient avec de la douleur, il en a profité pour réfléchir, pour prendre du recul, pour voir ce qui se passe hors de l'ordre habituel... (on dit que les voyages forment la jeunesse, ils ouvrent très souvent des perspectives inimaginables lorsqu'on est enfermé entre les murs de son quotidien !)

Plus tard, si j'obtiens le diplôme, qu'en ferais-je ? Certainement, je l'inscrirai sur mes ordonnances pour le faire savoir. Il faut bien travailler sur un support institutionnel mais je ne sais pas si je dépenserai de l'énergie à créer des lits d'algologie ou à briguer des vacances d'algologie. Je verrai bien mais si il y a trop de résistances des spécialistes (rhumatologues, neurologues), je renoncerai. Finalement en cette fin de siècle où la spécialisation a pris beaucoup de place, en partie justifiée par l'évolution des techniques, la démarche d'algologie, je dirais de psychoalgologie est un contrepoids nécessaire au pouvoir excessif des mécaniciens, pour qu'on entende mieux et plus les patients.

C'est ainsi pour le généraliste une façon d'occuper une place satisfaisante dans le monde médical, celle qui consiste à accompagner la personne en souffrance. S'il ne le fait pas, il ne fera bientôt plus rien, puisque pour chaque « appareil », il y a une spécialité.

8 *Structures et institutions de la douleur* ^[40, 41, 42, 43]

8.1. IASP

L'International Association for the Study of Pain a été créée en 1969 par J.J. Bonica avec comme membre fondateur, le professeur Denise Albe-Fessard.

Elle permet de regrouper les professionnels pour mettre en commun les avancées de lutte contre la douleur. Elle est composée de 60 chapitres nationaux dans les grands pays et édite un journal mensuel «PAIN» qui fait l'autorité dans les publications scientifiques sur la douleur.

Elle possède aussi un site internet « www.iasp-pain.org », organise un congrès mondial tous les trois ans qui réunit plusieurs milliers de participants, édite des livres de référence et participe à la mise au point de standards et de recommandations dans la prise en charge antalgique.

8.2. SETD

La Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur est la Section Française de l'International Association for the Study of Pain (IASP).

Cette association a pour rôles :

- L'étude des mécanismes de la douleur
- La promotion de l'approche pluridisciplinaire et pluri-professionnelle de la douleur tant en ce qui concerne la recherche fondamentale et clinique que le traitement de la douleur.
- Le développement des méthodes d'exploration, d'évaluation et de traitement de la douleur et l'établissement de références standard.

- L'orientation et la promotion de l'enseignement, de la recherche et de la pratique clinique de toute notion concernant l'évaluation et le traitement de la douleur.
- La participation à la formation universitaire, post-universitaire et permanente. La mise en place d'éléments d'évaluation des formations permanentes concernant l'évaluation et le traitement de la douleur.
- La promotion d'une classification, d'une nomenclature et de définitions en langue Française concernant la douleur et les syndromes douloureux.
- La diffusion auprès des organismes officiels de toute information concernant l'évaluation et le traitement de la douleur et en particulier l'utilisation des médicaments.
- La diffusion auprès du public de toute information concernant l'évaluation et les traitements de la douleur.
- La liaison avec les associations de la douleur, internationales, francophones en particulier.
- Toute autre activité pouvant concourir à la réalisation des objectifs cités ci-dessus.

Ces travaux comprennent tout ce qui pourra concourir à ces objets. Les moyens de l'association sont fixés par le Conseil d'Administration qui règle par voie de règlement intérieur les modalités suivant lesquelles ils doivent s'exercer.

8.2.1. Statuts

1) Objet, dénomination, siège, durée

• **Article 1** : Il est formé entre les soussignés et les autres personnes adhérant aux présents statuts et remplissant les conditions ci-après une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et par les présents statuts. Cette association, qui est la Section Française de l'International Association for the Study of Pain (IASP) prend le nom de Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP (SETD).

La Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP est fondée à l'initiative de la Société Française de la Douleur (SFD) et de la Société Francophone d'Etude de la Douleur (SOFRED) qui seront dissoutes à la création effective de ladite société. Les présents statuts se réfèrent aux statuts et au règlement intérieur de l'IASP auxquels ils se conforment dans la mesure où ils n'entrent pas en conflit avec la législation Française.

• **Article 2** : Cette association a pour objets :

- 1 - L'étude des mécanismes de la douleur
- 2 - La promotion de l'approche pluridisciplinaire et pluri-professionnelle de la douleur tant en ce qui concerne la recherche fondamentale et clinique que le traitement de la douleur.
- 3 - Le développement des méthodes d'exploration, d'évaluation et de traitement de la douleur et l'établissement de références standard.
- 4 - L'orientation et la promotion de l'enseignement, de la recherche et de la pratique clinique de toute notion concernant l'évaluation et le traitement de la douleur.

- 5 - La participation à la formation universitaire, post-universitaire et permanente. La mise en place d'éléments d'évaluation des formations permanentes concernant l'évaluation et le traitement de la douleur.
- 6 - La promotion d'une classification, d'une nomenclature et de définitions en langue Française concernant la douleur et les syndromes douloureux.
- 7 - La diffusion auprès des organismes officiels de toute information concernant l'évaluation et le traitement de la douleur et en particulier l'utilisation des médicaments.
- 8 - La diffusion auprès du public de toute information concernant l'évaluation et les traitements de la douleur.
- 9 - La liaison avec les associations de la douleur, internationales, francophones en particulier.
- 10 - Toute autre activité pouvant concourir à la réalisation des objectifs cités ci-dessus.

Ces travaux comprennent tout ce qui pourra concourir à ces objets. Les moyens de l'association sont fixés par le Conseil d'Administration qui règle par voie de règlement intérieur les modalités suivant lesquelles ils doivent s'exercer.

- **Article 3** : Le siège de l'association est fixé sur la commune de Paris. Ce siège peut être transféré en tout endroit par simple décision du Conseil d'Administration.
- **Article 4** : La durée de l'association est illimitée.

2) Composition et fonctionnement de l'association

- **Article 5** : La vocation de l'association est d'être un lieu de rencontre multidisciplinaire entre chercheurs fondamentaux, cliniciens et enseignants concernés par la douleur. Peut être membre de la société toute personne : chercheur institutionnel, membre du corps médical ou tout personnel de santé légalement reconnu notamment chirurgien-dentiste, vétérinaire, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, psychologue, travailleur social... désireux de faire partie de la société et à jour de sa cotisation. L'admission d'un candidat ne répondant pas à ces conditions est soumise à l'approbation du conseil d'administration.

Seuls les membres à jour de leur cotisation peuvent bénéficier des prestations de la société. L'association se compose de membres titulaires et de membres associés en fonction de leur appartenance à l'IASP. Il existe des membres fondateurs et des membres d'honneur. Le règlement intérieur définit précisément chacune de ces catégories.

Les membres de l'IASP, association à laquelle ils règlent régulièrement leur cotisation, constituent le collège des membres titulaires. Ils ont voie délibérative en assemblée générale et sont éligibles au conseil d'administration.

Les membres de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP, qui ne sont pas membres de l'IASP constituent le collège des membres associés.

Ils participent au même titre que les membres titulaires aux travaux et assemblées générales de l'association. Ils ont voie délibérative en assemblée générale et sont éligibles au conseil d'administration selon les modalités définies à l'article 10 des présents statuts

• **Article 6** : Les conditions de candidature sont les suivantes :

- **Pour les membres titulaires** :

- . Faire acte de candidature par écrit au Secrétariat de l'IASP et de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP ;
- . Présenter un curriculum vitae.
- . Etre présenté par 2 membres titulaires de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP.

- **Pour les membres associés** :

- . Faire acte de candidature par écrit au Secrétariat de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP.
- . Présenter un curriculum vitae.
- . Etre présenté par 2 membres titulaires de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP .

• **Article 7** : Les dossiers de candidature des membres seront examinés régulièrement par le Secrétariat Général et soumis au Conseil d'Administration. La décision d'admission sera prononcée par ce dernier. Il peut être fait recours par l'intéressé à l'Assemblée Générale.

• **Article 8** : La qualité de membre titulaire ou associé de l'association se perd par :

- La démission, le décès.
- La radiation prononcée pour non paiement des cotisations à la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP, et à l'IASP pour les membres titulaires et à la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP seulement pour les membres associés.
- La radiation prononcée par le Conseil d'Administration de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP pour motif grave dont l'appréciation est laissée au dit conseil.

Préalablement à la décision de radiation, le membre qui doit en être l'objet est invité à se présenter devant le Conseil d'Administration par lettre recommandée avec accusé de réception à lui adresser 15 jours au moins avant la réunion du Conseil d'Administration, étant précisé que son dossier doit être mis à sa disposition 48 heures au moins avant cette réunion.

Il peut être fait recours par l'intéressé à l'Assemblée Générale.

• **Article 9** : Le décès, la démission et l'exclusion d'un membre ne mettent pas fin à l'association qui continue d'exister entre les autres membres.

• **Article 10** : L'association est administrée par un Conseil d'Administration pluridisciplinaire et pluri-professionnel composé de 12 membres, auquel s'ajoute le Président sortant.

Le premier Conseil d'Administration a été constitué lors de l'Assemblée Générale Constitutive. Il est composé des 12 membres du Conseil d'Administration de la SFD et des 12 membres du Conseil d'Administration de la SOFRED. Ce premier Conseil assurera l'administration de l'Association jusqu'à la réunion de l'Assemblée Générale de l'an 2001. Au cours de l'Assemblée Générale de l'an 2001, le Conseil d'Administration sera renouvelé en totalité.

Pour le renouvellement du Conseil, après un appel à candidature à tous les adhérents, les conditions de candidature au Conseil d'Administration sont les suivantes :

- .Faire acte de candidature par écrit au Secrétariat de l'Association.
- .Présenter un curriculum vitae.

Le Conseil d'Administration est chargé d'organiser les élections pour le renouvellement du Conseil en s'assurant du respect, dans la mesure du possible, du caractère pluridisciplinaire et pluri-professionnel de ce Conseil par une représentation des différentes disciplines en son sein. Il est chargé de prendre les mesures nécessaires pour le respect de cette pluridisciplinarité.

Les membres associés peuvent être élus au Conseil d'Administration, sans que cette représentation ne dépasse un quart des membres du Conseil.

Le Président sortant demeure membre du Conseil d'Administration et a voix délibérative pendant les trois ans qui suivent la fin de son mandat.

Les 12 autres postes de membres du Conseil d'Administration sont renouvelés électivement par l'Assemblée Générale pour 3 années, au scrutin secret et à la majorité relative des votants.

Sur décision du Conseil d'Administration, le scrutin peut être organisé soit par un vote en Assemblée Générale, soit par correspondance, soit par vote électronique.

• **Article 11** : Le Conseil d'Administration élit en son sein un Bureau composé de 1 Président, 2 Vice-Présidents, 1 Secrétaire général, 1 Secrétaire Général adjoint s'il y a lieu, 1 Trésorier, 1 Trésorier adjoint s'il y a lieu, pour une durée de 3 ans. En cas de vacance d'un siège au Bureau, le Conseil d'Administration pourvoit à son remplacement immédiat.

. Au terme de son mandat un membre du Conseil d'Administration est rééligible, mais ne peut exercer plus de 2 mandats consécutifs. Le Président ne peut occuper cette fonction que pendant la durée d'un seul mandat. Le Président du Conseil d'Administration est de droit Président de l'association.

• **Article 12** : Le Conseil d'Administration se réunit au moins tous les 6 mois sur convocation de son Président ou à la demande du 1/3 de ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité simple des votants, dont le nombre doit être au moins du tiers des membres. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Le Conseil d'Administration est chargé d'exécuter les décisions de l'Assemblée Générale. Il

a les pouvoirs les plus étendus pour administrer la société et créer toute commission, comité ou structure qui lui permette de concrétiser les objets définis à l'Article 2. Il a la charge d'élaborer et de faire appliquer le règlement intérieur qui devra être adopté par l'Assemblée Générale.

Tout membre du Conseil d'Administration qui, sans excuse valable, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives, sera considéré comme démissionnaire.

- **Article 13** : L'Assemblée Générale a lieu au moins une fois par an selon les modalités fixées au Règlement Intérieur.
- **Article 14** : Des conventions pourront être passées par décision du Conseil d'Administration avec les organismes et sociétés qui en feront la demande.

3) Ressources de l'association - Fonds de réserves

- **Article 15** : Les ressources de l'association se composent :
 - Des cotisations annuelles de ses membres associés et titulaires, dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.
 - Des subventions qui pourront lui être accordées par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics ; des dons divers.
 - Des intérêts et revenus des biens et valeurs qu'elle possède.
 - Les reliquats éventuels de manifestations scientifiques et de Formation Continue seront inclus dans les ressources de l'association.
 - Et plus généralement de toutes ressources autorisées par la loi.

• **Article 16** :

Le fonds de réserve comprend les économies réalisées sur les ressources annuelles qui auraient été portées au fonds de réserve en vertu d'une délibération de l'Assemblée Générale ordinaire.

Ce fonds de réserve est employé au paiement du prix d'acquisition des immeubles nécessaires à la réalisation du but de l'association, à leur installation, aménagement, ainsi qu'au paiement des travaux de réfection ou de réparations qu'il y aurait lieu d'y faire. Il peut être aussi employé aux placements en valeurs mobilières décidés par le Conseil d'Administration.

4) Modifications statutaires - Dissolution - Publication

- **Article 18** : Les modifications aux présents statuts ou la dissolution de l'association ou sa fusion avec une autre association seront soumises à une Assemblée Générale Extraordinaire dont les modalités seront précisées au Règlement Intérieur.
- **Article 18** : En cas de dissolution, l'Assemblée Générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'association parmi les membres du Conseil Statutaire.
Cette assemblée détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'association seront autorisés, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs cotisations et l'emploi qui sera fait de l'actif net, conformément au but que l'association s'était proposée de poursuivre après paiement des charges de l'association et des frais de liquidation.
- **Article 19** : Le Conseil d'Administration remplit les formalités de déclaration et de publication prévues par la loi du 1er juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901. A cet effet, tous pouvoirs sont conférés au Président du Conseil d'Administration.

8.2.2. Règlement intérieur

Assemblée générale ordinaire

• L'Assemblée Générale ordinaire est convoquée par le bureau au moins une fois par an ou à la demande de la moitié au moins de ses membres.

Elle devra être convoquée, un mois avant la date retenue, selon les règles suivantes :

- les convocations sont faites par courrier postal ou électronique individuel indiquant l'ordre du jour, le lieu et l'heure de la réunion. L'ordre du jour est arrêté par le Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale est présidée par le Président, l'un des Vice-Présidents et/ou le Secrétaire Général et/ou le Secrétaire Général Adjoint du Conseil d'Administration.

- les décisions seront adoptées à la majorité simple des présents ou représentés.

• Pour le vote en Assemblée Générale, le vote par procuration est limité à trois procurations par membre.

• L'ordre du jour doit comporter entre autres :

- Les questions prévues par le Conseil d'Administration.

- Les questions posées par écrit par tout membre 36 jours au moins avant l'Assemblée Générale.

- Un rapport moral et d'activité.

- Un rapport financier pour en recevoir quitus.

- La fixation du montant de la cotisation.

- La désignation de vérificateurs financiers

- Le renouvellement éventuel des membres du Conseil d'Administration.

Assemblée générale extraordinaire

Une assemblée générale extraordinaire doit être convoquée dans les cas prévues à l'article 17 des statuts (modifications statutaires, dissolution, fusion).

• L'Assemblée Générale extraordinaire est convoquée par le bureau ou à la demande de la moitié au moins de ses membres. Elle devra être convoquée, un mois avant la date retenue, selon les règles suivantes :

- les convocations sont faites par courrier postal ou électronique individuel indiquant l'ordre du jour, le lieu et l'heure de la réunion. L'ordre du jour est arrêté par le Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale Extraordinaire est présidée par le Président, l'un des Vice-Présidents et/ou le Secrétaire Général et/ou le Secrétaire Général Adjoint du Conseil d'Administration.

- pour pouvoir délibérer valablement, il est requis un quorum fixé aux deux tiers des membres présents ou représentés. Les décisions seront adoptées à la majorité qualifiée des deux tiers des membres présents ou représentés.

• Pour le vote en Assemblée Générale Extraordinaire, le vote par procuration est limité à trois procurations par membre.

• Pour le cas où les conditions de quorum ne seraient pas remplies, une deuxième Assemblée Générale Extraordinaire sans limitation de quorum devra être convoquée dans un délai d'un mois. Au cours de cette deuxième Assemblée Générale Extraordinaire, les décisions seront adoptées à la majorité simple des présents ou représentés.

Admission des membres

Est membre toute personne conforme aux critères statutaires qui en fait la demande et qui règle sa cotisation. Son adhésion est prise en considération dès la première Assemblée Générale qui suit le règlement de sa cotisation.

Il est ensuite mentionné sur l'Annuaire de la Société.

Radiation

Les cotisations non réglées trois mois après une Assemblée Générale peuvent faire l'objet d'un rappel. Un mois avant l'Assemblée Générale suivante, les membres qui ne remplissent pas cette conditions peuvent être proposés pour la radiation.

Conseil d'administration

- Conformément aux statuts, le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Secrétaire Général adressée nominativement par courrier postal ou électronique au moins 10 jours à l'avance. La présence de la moitié, au moins, des membres du Conseil d'Administration est nécessaire pour la validité des délibérations. Chaque membre ne peut être porteur que d'une procuration.

- Les décisions sont prises à la majorité des membres présents : en cas de partage, la voix du Président est prépondérante. Les délibérations doivent faire l'objet d'un procès-verbal signé par le Président, consigné au registre spécial obligatoire et accessible à tous les membres de l'association.

- Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour faire ou autoriser tous actes ou opérations permis à l'association et qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale.

Il convoque les membres de l'association pour les séances scientifiques. Il organise les élections pour le renouvellement du Conseil d'Administration. Afin d'assurer le respect de la pluridisciplinarité du Conseil telle que définie à l'article 10 des statuts, le Conseil d'Administration prendra toutes mesures utiles pour éviter qu'une discipline ne soit représentée par plus d'un quart des membres du Conseil. Il autorise la prise à bail, la location ou l'achat de locaux nécessaires aux besoins de l'association dont il assure la réparation ou l'entretien.

Il nomme et révoque les employés dont il aurait besoin. Il fixe leur traitement et engage les dépenses nécessitées par le fonctionnement général de l'association.

Il établit le règlement intérieur qui devra être approuvé par l'Assemblée Générale.

- Le Président, ou à défaut l'un des Vice-Présidents, représente l'association en justice et dans tous les actes de la vie civile. Ils doivent jouir du plein exercice de leurs droits civils.

- Le Conseil d'Administration concrétise les objectifs définis à l'article 2 en désignant selon les besoins :

- Des rapporteurs chargés d'étudier un problème particulier, seuls ou en collaboration avec des collègues qu'ils proposent et cooptés par le Conseil d'Administration.

- Des délégués presse, Ministères, etc...

- Des commissions chargées d'organiser des réunions d'ordre technique, pédagogique ou de recherche.

- Le Conseil d'Administration a la charge de l'organisation de toutes les activités entreprises sous l'égide de la Société.

- Le Bureau pourra déléguer une partie de ses charges à des membres reconnus pour leur compétence.

Il pourra se faire assister par un Comité Scientifique et un Comité d'Organisation.

Commissions

Le Conseil d'Administration désigne parmi ses membres un responsable qui lui rend compte des travaux de chaque commission.

Le Président, ou un membre du Bureau qui le représente, est membre de droit de chaque commission.

Groupe de travail spécifique (GTS)

- La Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP encourage la formation de groupes de travail spécifiques (GTS) sous son égide, afin de promouvoir la recherche et la pratique clinique d'un domaine particulier de la douleur.
- Un GTS peut être créé par le Conseil d'Administration, par une demande écrite d'au moins 10 membres titulaires. Cette demande doit comporter les noms des membres fondateurs, le nom du GTS, ses objectifs. Il ne peut être créé plus d'un GTS par thématique.
- Chaque groupe désigne un responsable, qui doit être membre de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP et avoir une compétence reconnue dans la thématique.
- Les membres d'un GTS doivent être membres de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP ; tout membre de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP peut être membre d'un ou plusieurs GTS.
- Un GTS doit s'efforcer d'encourager une approche multidisciplinaire, et ne doit pas constituer un groupe professionnel exclusif. Ses activités ne doivent pas être en contradiction avec celles de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP . Un GTS est tenu d'adresser annuellement, un mois avant l'AG, au Secrétaire Général un rapport de ses activités (manifestations, publications, liste des membres).
- Il peut proposer des suggestions aux instances de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP.
- Les ressources nécessaires au fonctionnement du GTS sont gérées par le trésorier de la Société pour l'Etude et le Traitement de la Douleur, Chapitre Français de l'IASP.
- Lorsqu'un membre d'un GTS est membre du Conseil d'Administration, il représente ce GTS au Conseil. Dans le cas contraire, un responsable du GTS peut être invité au Conseil avec voix consultative

8.3. Collège national des médecins de la douleur

Le Collège National des médecins de la douleur a pour rôles :

- l'organisation de la prise en charge de la douleur dans tous ses aspects en concertation avec tous les interlocuteurs et les organismes concernés, privés et publics,
- la contribution au développement des grands axes de recherche en matière de douleur
- la définition, l'actualisation, la validation et l'accréditation des formations universitaires,
- des formations continues post-universitaires et des formations des praticiens en exercice
- l'harmonisation de ces objectifs avec les différents pays européens.

8.3.1. But et composition

Article 1

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1er Juillet 1901 et le Décret du 16 Août 1901, ayant pour dénomination: Collège National des médecins de la douleur.

Article 2

Le Collège National des médecins de la douleur a pour buts :

- 1- l'organisation de la prise en charge de la douleur dans tous ses aspects en concertation avec tous les interlocuteurs et les organismes concernés, privés et publics,
 - 2- la contribution au développement des grands axes de recherche en matière de douleur
 - 3- la définition, l'actualisation, la validation et l'accréditation des formations universitaires, des formations continues post-universitaires et des formations des praticiens en exercice
- l'harmonisation de ces objectifs avec les différents pays européens.

Article 3

La durée de l'Association est indéterminée.

Article 4 : Siège social

Le siège social est fixé à PARIS.

Il pourra être transféré en une autre ville par simple décision du Conseil d'Administration, la ratification par l'Assemblée Générale sera nécessaire.

Article 5

L'association se compose exclusivement de membres titulaires.

Pour être membre titulaire, il faut :

- Etre inscrit au tableau du Conseil National de l'ordre des médecins
- Etre parrainé par deux membres du Collège National des Médecins de la Douleur; cependant si la demande d'adhésion est formulée avant le 31 Décembre 1997, il suffit d'être membre soit de la Société Française de la Douleur (SFD), soit de la Société Francophone d'Etude de la Douleur (SOFRED) soit de l'Internationale Association for the Study of Pain (IASP).
- Avoir obtenu l'avis favorable du Conseil d'Administration
- Payer la cotisation annuelle.

Le titre de membre titulaire est conféré pour une période de cinq ans, le renouvellement de la qualité de membre est prononcé par le Conseil d'Administration selon les critères proposés par celui-ci et approuvés par l'Assemblée Générale.

Article 6

La qualité de membre du collège se perd soit :

- Par démission
- Par radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour non paiement de la cotisation ou pour motif grave.

Le membre dont la radiation est envisagée est préalablement appelé à fournir ses explications devant le Conseil d'Administration.

8.3.2. Administration et fonctionnement

Article 7

Le collège est administré par un Conseil d'Administration composé de 15 à 30 membres.

Le premier Conseil d'Administration a été constitué lors de l'Assemblée Générale Constitutive.

Les membres du Conseil d'Administration désignés par la SFD et la SOFRED seront remplacés ou à nouveau désignés à la suite des désignations effectuées au cours des assemblées générales de la SFD et de la SOFRED avant la fin de l'année 1997. Ce premier conseil assurera l'administration de l'association jusqu'à la réunion de l'Assemblée Générale de l'an 2000. Au cours de cette Assemblée Générale de l'an 2000, le Conseil d'Administration sera renouvelé en totalité.

La désignation des membres du Conseil d'Administration se fera de la façon suivante:

- Les membres du collège, membres de la SFD éliront en leur sein six personnes.
- Les membres du collège, membres de la SOFRED éliront en leur sein six personnes.
- Les membres du collège, enseignants éliront en leur sein six personnes.
- Les membres du collège, exerçant dans les Hôpitaux Généraux éliront en leur sein trois personnes.
- Les membres du collège, exerçant dans les Etablissements privés à caractère lucratif éliront en leur sein deux personnes.
- Les membres du collège exerçant au sein des CHU, éliront en leur sein quatre personnes.
- Les membres du collège, exerçant dans les Etablissements Privés à caractère non lucratif, participant au service public (PSPH) et notamment dans les Centres Régionaux de Lutte Contre le Cancer, éliront en leur sein deux personnes.
- Les membres du collège, ayant d'autres modes d'exercice, éliront en leur sein une personne. Nul ne peut être candidat au sein de plus d'un groupe.

Le Conseil d'Administration est renouvelable par moitié tous les trois ans; lors du premier renouvellement en 2003, il sera procédé au tirage au sort des membres du Conseil d'Administration dont le poste sera renouvelable. Sur proposition du Conseil d'Administration, l'Assemblée Générale pourra modifier le nombre de membres du Conseil d'Administration désignés par chacun des sous-groupes ci-dessus, selon l'évolution de la composition du Collège National des Médecins de la Douleur. En cas de vacance, en cours de mandat, d'un poste de membre du Conseil d'Administration, il est procédé à son remplacement selon les mêmes modalités que pour sa désignation; les pouvoirs du membre ainsi désigné prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat du membre remplacé. Tout membre du Conseil d'Administration doit être majeur, jouir de ses droits civiques, ne pas être placé sous sauvegarde de justice ou mis en tutelle ou curatelle. Tout membre du Conseil d'Administration doit être membre titulaire du Collège National des Médecins de la Douleur pendant la totalité de son mandat.

Tout membre du Conseil d'Administration, même remplaçant, ne remplissant pas toutes les conditions stipulées aux deux alinéas ci-dessus, est démissionnaire d'office.

Tout membre du Conseil d'Administration qui, sans excuse considérée valable par ledit Conseil, n'aura pas assisté à trois réunions successives sera considéré comme démissionnaire.

L'Assemblée Générale ratifie la désignation des membres du Conseil d'Administration.

Article 8

Le Conseil d'Administration choisit parmi ses membres, au scrutin secret, un bureau composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire général, d'un secrétaire général adjoint et d'un trésorier.

Les membres du bureau sont élus pour trois ans et sont rééligibles une fois à l'exception du président qui quitte le bureau à l'expiration de son mandat.

La durée de leur mandat ne peut excéder en tout état de cause la durée de leurs fonctions au sein du Conseil d'Administration.

En cas de vacance, en cours de mandat, d'un poste de membre du bureau, il est procédé à son remplacement au scrutin secret parmi les membres du Conseil d'Administration pour la durée restant à courir pour le mandat du membre remplacé.

Article 9

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois tous les six mois et chaque fois qu'il est convoqué par son Président; le Président devra en outre convoquer le Conseil d'Administration dès lors que le quart au moins de ses membres lui en aura fait la demande.

La présence du tiers au moins des membres du Conseil d'Administration est nécessaire pour la validité des délibérations.

Les décisions sont prises à la majorité absolue des présents.

Il est tenu procès-verbal des séances. Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire général. Ils sont établis sans blancs, ni ratures, sur des feuillets numérotés et conservés au siège de l'association.

Article 10

Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent recevoir aucune rétribution à raison des fonctions qui leur sont confiées.

Des remboursements de frais sont seuls possibles. Ils doivent faire l'objet d'une décision expresse du Conseil d'Administration, statuant hors de la présence des intéressés; les justifications doivent être produites qui font l'objet de vérifications. Les remboursements de frais de missions, de déplacements ou de représentations payés à des membres du Conseil d'Administration sont mentionnés dans le rapport financier présenté à l'Assemblée Générale.

Les agents rétribués de l'association ne peuvent être appelés par le président à assister aux séances de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration qu'avec voix consultative.

Le président peut en outre appeler à assister à une réunion du Conseil d'Administration ou du bureau toute personne dont la présence pourrait se révéler utile.

Article 11

L'Assemblée Générale du collège comprend l'ensemble de ses membres. Seuls les membres titulaires à jour de leurs cotisations ont droit de vote. L'Assemblée Générale se réunit une fois par an sur convocation du Président ou du Secrétaire Général et chaque fois qu'elle est convoquée par le Conseil d'Administration; le Président doit en outre convoquer l'Assemblée Générale dès lors que les 2/3 au moins des membres du Collège National des Médecins de la Douleur lui en ont fait la demande.

Son ordre du jour est établi par le Conseil d'Administration et adressé aux membres quinze jours à l'avance; son bureau est celui du Conseil d'Administration.

Elle entend les rapports du Conseil d'Administration sur la gestion et sur la situation financière et morale du Collège National des Médecins de la Douleur.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, fixe le montant de la cotisation annuelle, vote le budget de l'exercice suivant et délibère sur les questions mises à l'ordre du jour.

La représentation par pouvoir est admise: le nombre de pouvoirs détenus par un membre ne peut excéder 2.

A la demande du bureau, selon les modalités définies par le bureau, une ou plusieurs personnes non-membres du Collège National des Médecins de la Douleur pourront participer à l'Assemblée Générale sans droit de vote.

Article 12

Les dépenses sont ordonnancées par le Président. Le collège est représenté en justice par son Président. Le collège est représenté dans tous les actes de la vie civile par son Président avec faculté de délégation à un membre du bureau.

Article 13

Les délibérations du Conseil d'Administration relatives aux acquisitions, échanges et aliénations d'immeubles nécessaires aux buts poursuivis par le collège, constitution d'hypothèque, baux excédant 9 ans et emprunts doivent être approuvées par l'Assemblée Générale.

8.3.3. Ressources annuelles

Article 14

Les recettes annuelles du collège se composent :

- des cotisations et souscriptions de ses membres
- des subventions de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics
- des revenus des biens
- des sommes perçues en contrepartie de prestations fournies par le collège
- de toute autre ressource autorisée par la loi et, s'il y a lieu, avec l'agrément de l'autorité compétente, notamment de dons et legs.

Article 15

Il est tenu à jour une comptabilité faisant apparaître annuellement un compte d'exploitation, le résultat de l'exercice et un bilan.

Le patrimoine du Collège National des Médecins de la Douleur répondra seul des engagements contractés en son nom et aucun de ses membres ne pourra être tenu pour responsable de quelque manière que ce soit.

8.3.4. Modification des statuts et dissolution

Article 16

Les statuts peuvent être modifiés par l'Assemblée Générale sur la proposition du Conseil d'Administration ou sur la proposition de la moitié des membres dont se compose l'Assemblée Générale. Dans l'un et l'autre cas, les propositions de modification sont inscrites à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée Générale, le texte doit être envoyé à tous les membres de l'assemblée au moins quinze jours à l'avance.

L'assemblée doit être composée des 3/4 au moins des membres en exercice, présents ou représentés.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'assemblée est convoquée de nouveau mais quinze jours, au moins et trois mois au plus d'intervalle et cette fois elle peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, les statuts ne peuvent être modifiés qu'à la majorité des 2/3 des membres présents ou représentés.

Article 17

L'Assemblée Générale, appelée à se prononcer sur la dissolution de l'association, est convoquée spécialement à cet effet, par le Président ou le Secrétaire Général, sur la proposition du Conseil d'Administration ou sur la proposition de la moitié des membres dont se compose l'Assemblée Générale. L'assemblée doit être composée des 3/4 au moins des membres en exercice, présents ou représentés.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'assemblée est convoquée de nouveau, mais à quinze jours au moins d'intervalle et à trois mois au plus et cette fois elle peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, la dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des 2/3 des membres présents ou représentés. En cas de dissolution, l'Assemblée Générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens du collège.

Elle attribue l'actif net à une ou plusieurs associations poursuivant un but analogue dans les conditions fixées par elle.

8.3.5. Surveillance et règlement intérieur

Article 18

Le Président doit faire connaître dans les trois mois aux autorités compétentes tous les changements survenus dans l'administration ou la direction du collège.

Article 19

Le Conseil d'Administration pourra préparer un règlement intérieur qui sera adopté par l'Assemblée Générale. Selon les recommandations données par le collège des médecins de la douleur en juin 1998 dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, a été mis en place un comité de lutte contre la douleur ou CLUD (*Annexe 12*)

- Il s'agit d'un centre de réflexion et de propositions appelé à travailler en collaboration effective et permanente avec la direction d'établissement et la CME ainsi que les services cliniques, la pharmacie, et les services techniques.
- Il suscitera au sein et à l'extérieur de l'établissement une véritable "Culture Douleur"
- Les responsabilités du CLUD sont :
 - Proposer les orientations les mieux adaptées à la situation locale.
 - Aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux
 - Susciter le développement de plans d'amélioration la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur

9 Les structures anti-douleur à l'étranger, le parrainage avec les pays du tiers monde

[8, 44]

Si la France a largement dépassé son retard dans l'organisation de la prise en charge structurée de la douleur, il existe des différences de conception dans le développement de cette prise en charge à l'étranger.

9.1. Les USA

La prise en charge de la douleur aux USA a été pionnière depuis 1956 avec J.J Bonica. Depuis, l'accélération de cette prise en charge qui fait que le congrès annuel de la Société de la Douleur Américaine réunit deux à trois mille professionnels a été donné par les assureurs qui se sont aperçus que la prise en charge des douleurs rebelles était grandement améliorée sur le plan de la consommation financière grâce à la prise en charge des unités douleur. En comparaison avec le coût relatif, par exemple de ces mêmes patients pris en charge dans les unités de chirurgie orthopédique ou dans les unités de prise en charge de médecine physique et de rééducation. Le différentiel de coût est par exemple pour un lombalgique chronique de deux cent mille dollars lors d'une prise en charge en unité d'orthopédie, cent vingt mille dollars dans une unité médicale rhumatologique ou rééducative et quatre vingt mille dollars dans une unité de prise en charge de la douleur.

Ces chiffres très différenciés donnent un avantage au centre anti-douleur, non pas en terme d'amélioration supérieure du vécu antalgique des patients qui est le même, mais uniquement en terme de rapport financier et de satisfaction des patients. Cette étude a été menée par la Mayo clinique sur quinze ans d'évolution qui montre que paradoxalement les facteurs éthiques sont au second plan de même que les facteurs humains vis-à-vis du facteur de moindre coût pour la société de la prise en charge de la douleur par des unités adaptées.

Les américains ont donc développé une culture très largement positive autour de la prise en charge de la douleur associée à un collège national de médecins de la douleur qui entraîne une évaluation répétée et un suivi de la qualité des professionnels travaillant dans ce milieu. Une certification est présente, notamment par la présence au congrès annuel et au congrès mondial de la douleur.

Il est à noter qu'en Amérique, les professionnels n'ont pas de dogme arrêté : on peut être à la fois chirurgien-dentiste et psychiatre formé à la douleur, pharmacologue et médecin clinicien, anthropologue ou sociologue et médecin de prévention. Autrement dit, il faut retirer de cette culture douleur nord américaine, la reconnaissance pragmatique d'une économie pour la société de la prise en charge correcte de la douleur, et dans les faits, une culture transdisciplinaire beaucoup plus naturellement vécue.

En dernier lieu, bien sûr, les moyens mis dans la recherche, grâce aux laboratoires pharmaceutiques et aux centres universitaires font que le lien entre la recherche fondamentale en douleur et l'application en médicaments utiles au patients est rapide et fréquent dans ces structures de pays anglo-saxons.

9.2. Les autres pays européens

Nous prendrons comme exemple le développement en Allemagne de la douleur qui est là aussi, essentiellement dominée par les médecins anesthésistes et quelques chirurgiens. Leurs structures sont d'importants centres de la douleur qui regroupent des capacités techniques de haut niveau et des explorations morphologiques, scannographiques et IRM performantes. Ainsi, la culture germanique de la prise en charge de la douleur est beaucoup plus en recherche d'étiologie morphologique et en recherche de traitements anesthésiologiques et chirurgicaux ou de stimulation électrique dominant. Elle développe donc plus une algologie interventionnelle et moins une caractériologie psychosociale.

Les pays latins, l'Espagne et l'Italie, ont développé également d'importantes structures alliant humanisme et compétences scientifiques avec une grande compréhension des grandes particularités régionales surtout en Espagne, qui dans ce sens, développe une modernité sociologique dans le diagnostic des patients en fonction de leur culture et des protocoles adaptés en fonction de la mentalité.

9.3. Parrainage avec les pays du tiers monde ou pays en voie de développement

C'est essentiellement l'institut UPSA de la douleur qui a permis de promouvoir des liens culturels pratiques et scientifiques avec des pays ou des villes où le développement médical est très faible.

Cet institut UPSA a financé des formations de médecins étrangers dans les différents centres de la douleur, ceci sur le mode d'un partenariat associant chaque grand centre de la douleur en France, à des grandes villes du tiers monde. Ainsi, par exemple Bordeaux était jumelé avec Varsovie, des centres de Paris avec Saïgon, le centre de la douleur de Montpellier avec Beyrouth au Liban, le centre de Nice avec un centre à Tunis. Une dizaine de liens de ce type ont été réalisés qui ont permis d'accueillir dans les structures françaises, un médecin voulant s'impliquer dans le développement dans son pays, d'un centre de la douleur.

Des congrès dans ces différentes villes étrangères ont été réalisés, tant pour un développement de la connaissance de ces structures localement, que pour la réalisation d'un partenariat franco-polonais ou franco-tunisien ou franco-vietnamien ou franco-libanais. Il est à noter la présence d'une association Douleur Sans frontières créée et parrainée par le docteur Alain Serrie qui permet d'envoyer des médecins pour former à la prise en charge de la neurostimulation ou à la prise en charge de la douleur dans les différents pays étrangers.

Philosophiquement, il est très intéressant peut être d'apporter des éléments techniques dans ces pays en voie de développement, mais à l'inverse, d'écouter le message de ces cultures autres qu'occidentales, qui permet au médecin de la douleur européen, d'agrandir encore le champ de ses outils pour mieux comprendre l'inconscient des patients et les déterminants culturels d'une clientèle toujours plus hétéroclite dans ses origines. La réflexion d'ethnologie ne semble qu'à ses balbutiements.

10 *Les nouvelles voies de la recherche en douleur* ^[45]

Il est honnête de constater que les progrès dans la mise au point de médicaments nouveaux de la douleur ont été lents voire faibles. Nous restons toujours avec une molécule princeps, la morphine, qui a six mille ans d'âge. Pourtant, la recherche fondamentale semble ouvrir de nouvelles voies. La plus importante est peut être la recherche sur la douleur neurologique.

La détermination des récepteurs du NMDA, la détermination d'acides aminés excitateurs, l'ensemble de la compréhension des mécanismes neurologiques seraient peut être dans l'avenir, pourvoyeurs de nouvelles molécules dans ce domaine. Sur les voies de la douleur en général, la découverte des récepteurs aux cannabinoïdes et toutes des voies spécifiques avec ses médiateurs, on pourra peut être déboucher sur une nouvelle pharmacopée antalgique.

La recherche également sur la naissance des processus algogènes périphériques pour sensibiliser plus précocement les filets nerveux aux destructions périphériques par exemple suite au cancer, pourrait peut être déboucher sur des diagnostics plus précoces des maladies souvent masquées par des processus antalgiques locaux qui retardent l'alerte.

La mise au point de nouvelles voies bloquant l'inflammation sera peut être chargée d'espoir.

La recherche des associations synergiques médicales sera peut être le seul moyen de sortir de cette pseudo impasse thérapeutique, mais ceci nécessite la mise au point de nouveaux protocoles de mesure des médicaments antalgiques plus uniquement basés sur le double aveugle et le monoparamétrique.

Les progrès ont été plus importants sur le domaine de la galénique.

Les dispositifs transmuqueux, buccaux ou par voie nasale, les dispositifs transdermiques, les systèmes miniaturisés d'infusion de médicaments antalgiques ou déclenchés par courant électrique sont les voies modernes de dispensations médicales.

Les systèmes retard sur 24 heures, 30 heures, 72 heures ou plus long terme, sont également des espoirs pour l'avenir de même que la mise au point de vecteurs antalgiques permettant de passer la barrière hémato-encéphalique, diminuant ainsi les effets secondaires des antalgiques et optimisant leur présence en moindre concentration dans le système nerveux central.

L'avenir sera peut être la dispensation de médicaments fabriqués pour un individu. Chaque organisation algique est unique, son traitement deviendra peut être aussi unique un jour...

10.1. L'imagerie en algologie

Les plus grands progrès spectaculaires ont été réalisés dans la mise au point de l'IRM fonctionnel et des images du fonctionnement cérébral par émission de positons « petscan ». Pour l'instant, les études sont qu'une collection de cartographies du fonctionnement du cerveau en temps réel, mais bien sûr, on commence à comprendre la complexité de l'intégration du message nociceptif par le système nerveux central et l'interaction indissociable entre le central et la périphérie.

Ceci est à ajouter au phénomène de mémoire de cette sensorialité. Ainsi, les études les plus spectaculaires sont celles montrant la projection d'un membre dans le cerveau alors que celui-ci en périphérie a été amputé par exemple.

L'apparition artificielle du membre amputé grâce à une expérience de mise en miroir de la main restante par rapport par exemple à la main amputée, montre les conséquences sur l'image cérébrale de cette simple vision artificielle du membre amputé sur les circuits neuronaux.

Ceci ne débouche pas pour l'instant sur des prises en charge pharmacologiques précises mais peuvent valider les études d'émotion et de cognition à travers les techniques hypnotiques de relaxation, d'image mentale et de reconditionnement cognitif. Les mesures des potentiels évoqués somesthésiques des voies de la douleur restent encore difficiles dans le quotidien et pour l'instant restent difficiles pour les conclusions thérapeutiques.

L'imagerie cérébrale, par la complexité actuelle, a montré qu'il fallait sortir du modèle anatomoradiologique et ne considérer ces explorations uniquement comme des éléments de description d'un phénomène complexe et non des éléments de guide précis pour un protocole thérapeutique.

10.2. Les explorations psychologiques

La société depuis trente ans, a intégré dans ses pratiques, dans sa conception, un grand nombre d'éléments psychologiques issus de la théorie freudienne. Il semble que le mode de la douleur avec une plainte algique sur le corps, procède d'une modification de la souffrance existentielle des populations, qui ne s'exprime pas uniquement sur des décompensations psychiques exclusives mais intègre une perturbation somatique à ces troubles existentiels.

Dans ce sens, la théorie psychologique, psychanalytique, doit être reformatée à la lumière de cette nouvelle vision sociologique par les patients de la souffrance.

Toutes les maladies organiques intègrent maintenant une dimension existentielle, culturelle et sociale qui, grâce à la prise en charge de ces éléments, explique aussi l'efficacité du traitement médical ou chirurgical standard, qui lui, n'a que peu été modifié.

Si l'on veut donc optimiser la prise en charge de toutes les pathologies et diminuer leur coût, l'essentiel est de faire passer ces informations psychologiques tant diagnostiques que thérapeutiques chez tous les professionnels même s'ils ne sont pas à la base des spécialistes de psychologie, de psychiatrie ou de sociologie.

Tous le chaînon de la prise en charge des patients, du pharmacien au chirurgien, du radiologue à l'assistante sociale, d'une secrétaire médicale à un kinésithérapeute, doit intégrer un discours psychologique nouveau et pouvoir échanger sur ces éléments psychologiques pour le même patient qui leur est confié. C'est ce challenge qu'il est actuellement donné de relever pour les professionnels recherchant à mieux comprendre la douleur psychologique.

Dans ce sens, la mise au point de colloques multidisciplinaires ou de recherche d'outils nouveaux, simples, pédagogiques et compréhensifs par le patient sont à développer. Malheureusement, il y a des freins dogmatiques de la part du monde médical classique ou du monde psychologique classique pour faire qu'un lieu d'échange et de remise en question commun voit le jour. Les centres de la douleur sont souvent nés de ce manque de communicabilité et de ce manque d'apport théorique des disciplines séculaires. Cette technique d'échange des outils d'une discipline à l'autre en philosophie se nomme l'épistémocritique.

Elle demande une grande humilité et amnégation puisque le spécialiste le plus performant d'une matière, pour sortir de l'impasse que certains patients lui procurent, doit par principe, utiliser des éléments de prise en charge issus d'une discipline qui n'est pas la sienne, voire même avoir la grande humilité d'envoyer un patient rebelle à sa spécialité, chez un professionnel qui n'est pas spécialiste comme lui, pour traiter pourtant ce cas difficile de sa spécialité. Par exemple, un médecin de la douleur anesthésiste soigne parfois des patients migraineux rebelles aux traitements des équipes neurologiques.

Ceci n'est pas une perte de compétences pour le neurologue mais juste l'application de ce dogme épistémocritique bien utile par ailleurs dans le monde de l'industrie, de l'assurance qualité et de la gestion des systèmes complexes.

10.3. Les éléments sociologiques de la prise en charge de la douleur

La société actuelle, avec les demandes de performances qu'elle impose à tous ses membres, fait qu'une partie de cette population se sent dépassée par le niveau d'exigence de la société. Chaque individu d'ailleurs, à un moment de son existence professionnelle, peut se voir mettre une barre d'exigence excessivement haute qui va risquer de faire décompenser sur le mode psychique, mais encore plus sur le mode d'une perturbation médicale organique, son destin de vie.

Il est donc impératif de comprendre ces exigences sociologiques de la société et de prévenir par un regard attentif chez les patients, la dissociation sociale. La prise en compte de cet élément immédiatement lors de la recherche diagnostique, même d'une pathologie organique bien cernée (ulcère d'estomac, cancer de la gorge ou infarctus du myocarde, voire intervention chirurgicale banale) est impérative pour augmenter la qualité du soin, la satisfaction du malade et de sa famille et l'économie que la société doit réaliser pour soigner les patients.

En effet, la plus grande perte d'efficacité financière des structures de soin ne réside pas dans les problèmes médicaux, mais dans les problèmes de mauvaise adaptation sociologique ou psychologique des moyens mis en place auprès du patient douloureux.

Les formations sociologiques aux équipes médicales sont notoirement insuffisantes et le développement de la recherche en socio algologie n'est que balbutiant.

On distingue deux grandes voies de recherche :

- les analyses par le langage des modèles sociaux : l'analyse textuelle après un entretien avec un patient douloureux permet de comprendre cette socio dépendance expliquant en partie le contrôle de la douleur et son expression comportementale.
- Les confrontations de modèles socio-représentationnels avec l'organisation des réseaux neuronaux.

La nécessité d'une pédagogie au patient, pour que celui-ci devienne un partenaire de santé pour lutter contre sa maladie douloureuse, impose de comprendre les référents sociologiques de ce patient.

11 Douleur et évaluation nationale des structures anti-douleurs : le référentiel national ^[46]

Afin de mieux prendre en charge la douleur, il faut évaluer les structures. Alors, de 1997 à 2001, s'est déroulée la plus grande mobilisation des équipes douleur autour d'une évaluation prouvant compétence et utilité de ces équipes pour la prise en charge de la douleur.

110 structures douleur ont reçu le protocole d'évaluation, 90 l'ont accepté, 33 ont effectivement envoyé des données.

Tous les types d'établissement sont représentés, répartis dans les régions de France.

Quels sont les principes utilisés dans cette mesure nationale d'efficacité thérapeutique ?

- Une seule classification des patients douloureux : le CODE I.A.S.P.,
- La prise en compte de l'expérience des praticiens pour l'analyse somatique, psychologique et sociale des patients,
- Une mesure préalable de la validité interne (deux praticiens, devant le même patient, sans se concerter, codent de façon sensible la souffrance physique, psychique et sociale) et de la validité externe, (comparaison de ce que mesure notre étude et de ce que ressent le patient sur son évolution: seul 4% des patients sont injustement considérés comme améliorés et 20% injustement considérés comme aggravés).
- Le suivi est de 1 à 12 mois sur au moins 2 consultations.
- 3700 patients sont inclus et 2600 retenus après contrôle qualité.

Ont été obtenus les résultats suivants :

- Une photographie à l'échelle nationale, des patients des unités douleur, avec âge, sexe, gravité du handicap, de l'intensité de la douleur, de la gravité psychique, des contraintes sociales.
- L'évolution après plusieurs mois de suivi montre que le gain en santé après passage dans les unités douleur est positif de 22,3 % en valeur absolue de gain de santé chez les patients douloureux en France.
- Le pronostic d'évolution des patients a été calculé grâce au référentiel des 2600 patients (on sait en moyenne comment va évoluer un douloureux en France).
- L'efficacité des centres montre que: 37 % font mieux que la moyenne, 33% font pareil alors que 30% font moins bien..
- Pour les patients : 52% ont un résultat de soin conforme au standard de qualité attendue, 37% sont mieux soignés que prévu mais 12% moins bien soignés.
- Nous connaissons toutes les pathologies représentées dans les centres, leur gravité respective, leur évolution et la comparaison par centre : l'algodystrophie est très bien soulagée à Lyon et la lombalgie à Lille ; enfin les meilleures stratégies thérapeutiques peuvent être comparées.

Pour le soulagement de la douleur physique, on est TRES fort. Pour la souffrance morale, on est BON pour le diagnostic global et JUSTE pour le traitement. Pour la souffrance sociale JUSTE pour la repérer et PEUT MIEUX FAIRE pour la prise en charge.

- L'anonymat des patients des centres a été respecté.
- Les évolutions pour chaque pathologie est connue, tant sur le plan somatique, que psychologique et social.
- L'outil permet l'optimisation des traitements mais aussi des moyens et des pratiques thérapeutiques.
- Depuis le printemps 2002, les patients ont droit à la consultation totale et directe de l'ensemble de leur dossier médical; il devient difficile de tout écrire dans un dossier et de transmettre ces informations dans un réseau.

Ce code alphanumérique qualitatif et quantitatif le permet en protégeant les professionnels du risque médico-légal.

- La généralisation à tous les patients et à tous les centres peut résoudre les problèmes de l'évaluation du travail en réseau grâce à sa grande simplicité et sa rapidité.

Ce protocole diffuse et applique au quotidien le modèle biopsychosocial en respectant confidentialité et éthique.

12 *Centre Anti-Douleur* *et expertise médico-médicale (l'audit des patients)*

[8, 47, 48]

Les CAD, par leur vision multidisciplinaire des cas pathologiques des patients, semblent avoir un rôle dans le monde médical, d'audit des cas complexes et des échecs médicaux ou des échecs iatrogéniques.

L'image de marque étant bonne pour le patient, il y a une grande sincérité dans l'échange, surtout que celui-ci ne débouche pas sur des conséquences judiciaires ou juridiques comme c'est le cas dans l'expertise médico-juridique classique.

Pourtant, la prise en charge de ces patients relève des mêmes principes : détermination du message du patient qu'il faut prendre comme vérité, analyse de celui-ci à l'orée de ses éléments psychologiques et sociaux, détermination de l'interaction avec l'entourage proche ou professionnel et du destin de vie et des sources de ce destin de vie depuis l'enfance. Ceci constitue un véritable audit de la personnalité d'un patient et de son entourage, dans un temps restreint, et par un nombre faible de professionnels entraînés à cet exercice. Bien sur, cet audit et cette expertise médico-médicale n'est centrée que pour le bien du malade et n'a pas actuellement d'autre but que celui-ci. Dans l'expertise médico-juridique classique, elle est tournée vers une demande de la justice ou de la société à travers ces tutelles. C'est le grand avantage de l'expertise médico-médicale en algologie et sa grande proportion à faire un audit profond dans les sources de la maladie est étendue dans les conséquences à un moment donné. Elle intègre avec autant de « bonheur » les éléments organiques, les éléments psychologiques et les éléments sociaux. Elle fait également une action de pédagogie sur une reformulation du problème par le patient lui-même et sa famille.

Ce travail spécifique de CAD pourrait être en lui seul, une justification de leur existence, voire de nouveaux champs de développement. En effet, des patients pourraient, à la demande du médecin, de la famille ou d'eux-mêmes, venir consulter en CAD pour essayer de faire un bilan de santé biopsychosocial généralisé sans motivation médicale stricte, mais juste pour une meilleure connaissance d'eux-mêmes et pour essayer de prévenir des éventuels blocages qui agiraient de façon sous-jacente en perturbant sur plusieurs mois sans apparaître les équilibres intimes du patient.

Ceci serait une véritable médecine préventive de conseil en thérapeutique médicale, voire de conseil en santé pour conserver ce capital santé.

Le deuxième impact positif de ces structures pluridisciplinaires dans leur conception est la notion de co-diagnostic. En effet, beaucoup d'interventions chirurgicales ou de prises en charge ont débouchés sur des échecs à cause d'une non clairvoyance des problèmes psychologiques et sociaux concomitant au problème organique. Un professionnel de la douleur pourrait éveiller l'équipe médicale et le patient sur des dangers d'inefficacité de la prise en charge médicale simple à l'orée de la découverte, après une consultation d'algologie, d'éléments sous-jacents pathogènes d'antécédents personnels, d'antécédents sociaux ou de mauvaise conception culturelle parasitant la guérison après l'acte en cause.

Mais, dans la pratique, il est difficile de concevoir que toute intervention lourde ou pouvant déclencher des perturbations ou des décompensations, relève obligatoirement d'un diagnostic double ou triple du professionnel devant réaliser l'acte thérapeutique classique associé à un professionnel de la douleur.

En conclusion, on peut dire que, si dans le quotidien, les médecins de la douleur réalisent cette véritable expertise médico-médicale dans un but de soulagement, il est possible d'envisager que cette expertise soit étendue à plusieurs domaines médicaux sans qu'il y ait nécessairement mise en place de la filière de soins algologiques classique. Ceci pourrait constituer une nouvelle voie de prise en charge dévolue aux unités de la douleur.

13 ***B**énévoles et associations de malades*

La douleur, malheureusement, atteint beaucoup d'entre nous et constitue un problème qu'il est difficile à prendre en charge.

Le gouvernement a lancé deux plans de santé pour essayer de mieux coordonner les moyens de lutte contre cette douleur en 1998 et 2002. (*Annexes 6 et 7*)

De plus en plus, les patients douloureux éprouvent le besoin de se grouper : les patients douloureux prennent en charge leur douleur. Ils se reconnaissent autour de leurs associations, se comprennent. "Seuls les douloureux peuvent intimement comprendre la douleur de l'autre".

Ces associations leur permettent :

- de s'informer mutuellement sur la douleur
- d'être partenaires de l'information grand public sur la douleur
- d'être les aiguillons d'une meilleure organisation médicale de la prise en charge de la douleur
- de participer dans les instances décisionnelles aux grandes orientations de la politique de santé

13.1. "Partenaires contre la douleur" à Montpellier

A Montpellier, autour de la dynamique du CAD du C.H.U. de Montpellier, les patients douloureux ont décidé de se prendre en charge d'une façon originale.

Ils ont pris l'initiative, depuis la fin 2002 de créer une association contre la douleur avec le principe suivant: les patients ont des capacités, il faut qu'ils les regroupent et qu'ils échangent entre eux pour devenir de véritables acteurs, partenaires dans la lutte contre leur douleur en synergie avec les professionnels de santé.

Dans ce sens, ils ont créé une association qui se nomme «PARTENAIRE CONTRE LA DOULEUR».

Cette dynamique de nouvelle association a déjà commencé à porter ses fruits puisqu'elle a pu attirer autour de ses actions, quelques dizaines de patients.

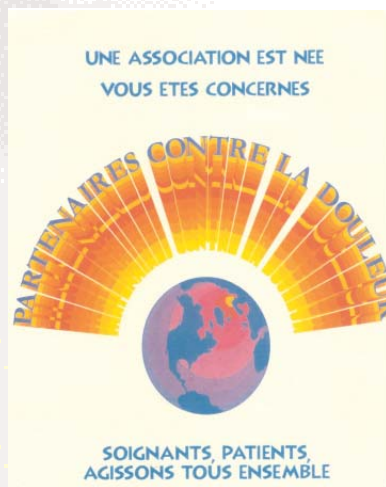
La présence de ces patients a permis de porter témoignage dans les différentes réunions de formation des médecins et des professionnels de santé. Ces témoignages sont essentiels pour faire comprendre la souffrance intime des patients et ainsi mieux la gérer. Les structures de réseau, déjà bien développées dans le Languedoc-Roussillon, ont fait appel à la présidente de cette association, pour témoigner de l'importance que le dialogue et l'écoute des demandes des patients douloureux peut apporter à la politique de santé régionale.

Cette association a également pour but de mettre en place une permanence téléphonique deux fois par semaine, durant une heure. Cette permanence permet de recevoir les demandes d'informations du patient douloureux et surtout de commencer à lui expliquer comment il doit comprendre sa douleur, l'échanger avec les professionnels et ce qu'il doit attendre de la médecine.

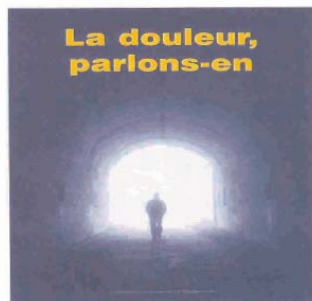
Malgré les progrès récents, il faut penser que la lutte contre la douleur est l'affaire de tous et en premier lieu, d'une nouvelle conscientisation des patients eux-mêmes.

A l'image de ce qui s'est fait pour les associations de lutte contre l'alcoolisme ou la toxicomanie «PARTENAIRE CONTRE LA DOULEUR» se veut plus qu'une association de défense, mais surtout un soutien des équipes médicales en général et du Centre Anti-Douleur du C.H.U. de Montpellier en particulier, pour que toutes les énergies émergentes dans la lutte contre le mal douloureux soient plus efficaces et travaillent la main dans la main.

Les projets 2004 en cours sont l'édition d'une plaquette d'information sur la douleur chronique et une réunion grand public. L'accueil par les professionnels de santé et les instances administratives, (Caisse Primaire d'Assurance Maladie et Direction de l'Hôpital) ont été positives mais toutes les propositions d'aide et de soutien sont les bienvenues de la part des patients ou de leur famille ou des autres professionnels intéressés par le message positif de cette association de patients responsables.



les Mots pour les Maux



AFLDCR

13.2. " L'AFLDCR

Née d'une volonté de soulager, en repoussant les inerties administratives et sociales qui pèsent sur la prise en compte et les traitements de la douleur, l'Association Française de Lutte contre les Douleurs Chroniques Rebelles est constituée d'un collège médical de haut niveau, sous le parrainage de Monsieur le Sénateur Lucien Neuwirth et d'un collège de patients douloureux chroniques.

L'AFLDCR offre un lieu privilégié de rencontre, d'écoute et de conseil :

- Echanges et soutien grâce au réseau de membres
- Conseils de spécialistes de la douleur
- Orientation vers des structures spécialisées
- Renseignements, voire accompagnement lors des démarches administratives...

Le fonctionnement de l'AFLDCR repose sur le partage humain et le lien entre les adhérents, renforcé par l'utilisation des progrès récents dans les domaines de l'informatique et de la communication (site internet). Dans le cadre de sa mission, une consultation régulière des membres permettra d'innover en matière de prestations et de conseil. L'AFLDCR apporte à ses adhérents une représentativité au niveau national et constitue une véritable force.

Coordonnées des associations

Partenaires contre la douleur

Résidence St Clément II, 2 place Utrillo 34070 Montpellier

Tel : 06 61 32 65 57(secrétariat)

06 70 72 80 58(trésorerie)

AFLDCR

53, avenue Montaigne 75008 PARIS

Tel : 01 56 43 62 72

Télécopie : 01 56 43 62 63

E-mail : info@aflcdr.org

Site internet : <http://www.aflcdr.org>

Créer

organiser et développer
une structure anti-douleur

Conclusion

A la suite de tout ce travail, on peut honnêtement admirer le niveau atteint par l'information et la formation des personnels de santé à la prise en charge de la douleur. Bien sur, la tâche est immense pour continuer à éclairer les domaines et les personnes ne bénéficiant pas de l'écoute et des traitements adéquates.

Les douleurs chroniques désarment le corps et surtout l'esprit. Ce n'est alors plus l'intensité ou la force de la douleur, mais c'est sa durée qui torture et que rien n'apaise. C'est la plainte, mille fois prononcée, que plus personne n'entend, que plus personne ne comprend et qui confine à une solitude, à un trou noir, à un mortel découragement, pour celui qui en est atteint.

Les structures anti-douleur sont les structures indispensables capables de soulager ces souffrances et ces douleurs rebelles, grâce à l'écoute, la connaissance et le savoir-faire des professionnels de la douleur.

L'étape d'acquisition des connaissances et du savoir-faire est très riche mais très difficile, car elle passe aussi par une remise en question personnelle, qu'il faut savoir accepter... Mais l'écoute, idéalement, les patients devraient pouvoir la trouver auprès de tous les professionnels de santé. Le patient souffre avec ses émotions, consultons avec notre cœur. La diffusion d'un esprit de prise en charge de la souffrance relève d'une révolution permanente de la mentalité des acteurs de soins et des structures de santé.

Aussi, la somme d'informations ici recueillies se prolongera par la mise en place d'un site internet de tous ces contenus.

Ainsi, on pourra envisager des mises à jour régulières et surtout, que chaque lecteur ayant une expérience de soignant, devienne, acteur de chapitres nouveaux ou d'informations plus précises pour affiner encore ce travail.

Bibliographie

1. Ginies P,
Cahiers d'algologie, Tome I,
Montpellier : CHU Saint Eloi, 2002-2003
2. Bourreau F,
Contrôlez votre douleur.
Paris : Payot, 2004, 224p.
3. Meynadier J.
Douleur et cancer
Paris : Editions médicales Phase 5, 2002.
4. Rozet M., Forestier P, Deloche P. et al.
Relations soignant-bénévoles en soins palliatifs,
Paris : ASP fondatrice, 1999, ISSN.1156-6914,
55-57.
5. Annequin D.
La douleur chez l'enfant.
Paris : Masson, 2002, 192p.
6. Twycross A.
Prise en charge de la douleur chez l'enfant.
Paris : Masson, *Abrégés de Médecine*, 2002.
7. Queneau P, Ostermann G.
Le médecin, le patient et sa douleur.
Paris : Masson, 1995.
8. Vibes J.
Guide de la douleur.
Paris : John Libbey, 2000.
9. ANAES.
Recommandations : « Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur. Caractéristiques et critères de description de l'activité », 2001.
(disponible sur le site : www.anaes.fr, février 2004)
10. *Pain treatment centers at a crossroads : a practical and conceptual reappraisal.*
J.M.Cohen and James N-Campbell, Editors, tome 7,
IASP Press.
11. Bourreau F, Luu M., Doubre JF.
Principles of organization of a center for pain evaluation and treatment.
Rev. Med Interne. 1995, 9, 696-704.
12. *Classification of chronic pain, description, syndromes and definitions of pain terms.*
Pain, IASP, 1986.
13. Thunberg KA., Hallberg LR.
The need for organizational development in pain clinics : a case study.
Disabil Rehabil. 2002, 14, 755-762.
14. Salim M.
Pain services in hospitals.
J Coll Physicians Surg Pack. 2003, 8, 491-492.
15. Collet BJ., Cordle C., Stewart C.
Setting up a multidisciplinary clinic.
Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol,
2000, 3, 541-556.
16. Circulaire DJS/DH 94 n° 3 du 7 janvier 1994.
(disponible sur www.legifrance.gouv.fr, mars 2004)
17. *Les comportements changent.*
Impact médecin, 1996, 309, 23-26.
18. Ginies P,
Cahiers d'algologie, Tome II, 2002-2003
Montpellier : Hôpital Saint-Eloi, 2002.
19. Labbe B., Vaillant C., Commergnat V.
Nurse's role in the multidisciplinary consultation for pain.
Rev. Infirm. 2003, 95, 30-31
20. Besson JM.,
La douleur.
Paris : Odile Jacob, 1992.
21. Bourreau F
Pratique du traitement de la douleur.
Paris : Doïn, 1998.

22. SFAR
Evaluation et traitement de la douleur 2003.
Paris : Elsevier, 2003.
23. Bellon J.P.,
Conseils à l'officine : Guide du suivi pharmaceutique.
Paris : Masson, 2002, 420p.
24. Ginies P., Ibanez M.
La douleur en partage, Référentiel de la démarche pédagogique du Centre Anti-douleur de Montpellier.
Montpellier : Hôpital Saint-Eloi, 2000.
25. Ginies P.,
Atlas de la douleur,
Paris : Len Medical-Houdé , 1999, 443p.
26. Ginies P., Sirot J.
Guide pratique de l'antalgie.
Montpellier : Sauramps medical, 1999, 350p.
27. *Un nouvel outil d'évaluation : l' E.V.E. Houdé,*
Paris : Houdé magazine medical. HMM n° 35,
Hors-série.septembre 2000.
28. Vendrig A., R. de Mey H., Derksen J.L., et al.
Assessment of chronic back pain patient characteristics using factor analysis of the MMPI-2 : Wich dimensions are actually assessed ?
Pain, Vol.76, 1998, 179-188.
29. Perrot S.
Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs.
Paris : Med-Line, 2002, 438p.
30. Brasseur L., Guibaud G., Chauvin M.
Les douleurs aiguës et les douleurs chroniques.
Paris : Maloine, 1997, 650p.
31. Dolimôme. *Fièvre et douleurs de l'enfant*
Aventis Pharma : la santé au quotidien, 2002.
32. Broca A.
Douleur, soins palliatifs, deuils.
Paris : Masson, *Abrégés de Médecine*, 2002.
33. La Marne P.
Ethiques de la fin de vie. Acharnement thérapeutique, euthanasie, soins palliatifs.
Paris : Ellipses, 1999, 128p.
34. ANAES
Recommandations : « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches », 2004.
(Conférence de consensus du 14 et 15 janvier 2004.)
(disponible sur www.anaes.fr, février 2004)
35. Circulaire DGS/DH n° 98/586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.
(disponible sur www.legifrance.gouv.fr, mars 2004)
36. Circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.
(disponible sur www.legifrance.gouv.fr, mars 2004)
37. Programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.
Le courrier de l'algologie, n°1, 2002.
(disponible sur www.anaes.fr, février 2004)
38. IASP : International Association for the Study of Pain
Le site officiel : www.iasp-pain.org
39. SETD : Société d'Etude et de Traitement de la Douleur
Le site officiel : www.setd-douleur-org.fr
40. Vibes J. Serrie A., Thurel C.
La douleur en pratique quotidienne : diagnostics et traitements.
Paris : Arnette, 2002, 700p.
41. CNMD : Collège National Des Médecins de la Douleur
Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur (CLUD) dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier.

42. DSF : Douleurs Sans Frontières
Le site officiel : www.douleurs-sans-frontieres.org
(Rubriques historique et mission, le 11 avril 2004)

43. Delamare : dictionnaire abrégé des termes de médecine.
Paris : Maloine, 1999.

44. Ginies P., Draussin M.
CETD CHU Montpellier
Bilan des principales applications du protocole national d'évaluation des structures « Douleur » en France, en terme de résultats de santé.
Douleur et analgésie Vol.15, N°1, 2002

45. Roquefeuil B., Simon L.
La douleur chronique.
Paris : Masson, 19987.

46. Del Volgo MJ.
La douleur du malade
Paris : Erès, 2003, 182p

ANNEXE 1 :

Charte contre la douleur

Cette charte a été coordonnée par le Docteur Pierre Tajfel et concerne les douleurs et les patients douloureux rencontrés dans toutes les disciplines de la pratique médicale.

1. La douleur n'est plus une fatalité

Quelque soit son origine, la douleur n'est plus admise comme une fatalité. Les moyens pour la soulager existent. Les énoncés ci-dessous sont proposés dans les limites de la sécurité du patient, des connaissances scientifiques, des principes déontologiques et éthiques.

2. Croire à la douleur de l'autre

Croire une personne qui se plaint de douleur physique ou décrite en tant que telle, c'est respecter l'intégrité et la dignité du patient.

3. La douleur: une souffrance à part entière

Toute douleur devrait être prise en compte non seulement pour sa valeur diagnostique, mais aussi pour la souffrance qu'elle provoque et conduire à son soulagement.

4. Evaluer la douleur

Evaluer une douleur c'est lui donner sa juste valeur. Son évaluation devrait se faire à l'aide d'outils validés au même titre que les autres paramètres cliniques et figurer sur les documents médicaux du malade.

5. L'éducation à l'évaluation et au traitement de la douleur

Pour mieux soulager, l'enseignement et la formation à l'évaluation et au traitement de la douleur devrait être une priorité pour les professionnels de santé.

6. Soulager sans attendre

Grâce aux progrès des techniques biomédicales, le soulagement de la douleur peut se faire en même temps que la recherche de sa cause et de son traitement.

7. Disponibilité des antalgiques

Le malade devrait pouvoir bénéficier à tout moment des traitements adaptés à sa douleur. Il serait ainsi souhaitable que les professionnels de santé disposent des antalgiques forts et que les pharmaciens, de leur côté, puissent délivrer un antalgique prescrit dans les meilleurs délais, notamment les opioïdes.

8. Prévenir la douleur

Avant et après les gestes présumés douloureux, des mesures antalgiques adaptées à l'état singulier du patient, devraient être appliquées.

9. Bénéficier d'un avis spécialisé douleur

L'avis d'un médecin spécialisé dans l'évaluation et le traitement de la douleur est souhaitable face à tout patient insuffisamment soulagé.

10. La douleur chronique, un phénomène pluridimensionnel

Tenant compte des dimensions cliniques, psychologiques, socioculturelles et familiales d'une douleur chronique, elle devrait être prise en charge globalement et bénéficier d'un suivi avec réévaluation, de préférence par une équipe pluridisciplinaire.

11. La douleur chez les personnes vulnérables

La prise en compte de la douleur chez les personnes vulnérables, peu ou pas communicantes, sous-entend une attention particulière pour rechercher les signes témoignant d'une douleur (handicapés, patients dans le coma, jeunes enfants, personnes âgées, exclus...).

12. Des moyens adaptés contre la douleur de l'enfant

L'évaluation et la prise en compte diagnostique et thérapeutique de la douleur des nourrissons et des enfants devraient se faire avec des moyens adaptés, au même titre que celles des adultes.

13. Les traitements antalgiques complémentaires

En attendant leur évaluation, l'appel à des thérapeutiques non médicamenteuses dépourvues d'effets indésirables, devrait être respecté et intégré dans le projet de la prise en charge de la douleur.

14. Information du patient sur sa douleur

Dans le cadre du devoir d'information, le malade devrait pouvoir être informé des possibilités diagnostiques et thérapeutiques concernant sa douleur.

Lorsque la communication avec le malade est impossible, ces informations devraient être données à son entourage désigné.

15. Le libre choix du patient pour sa douleur

Participant à son projet thérapeutique, seule la volonté du malade sera prioritairement prise en compte: accepter ou refuser les traitements qui lui sont proposés contre la douleur.

16. Les dommages psychologiques et sociaux de la douleur

Les conséquences psychologiques et sociales de la douleur des malades accidentés ou atteints de maladies professionnelles devraient être systématiquement évaluées et prises en compte, dans l'estimation des dommages et le calcul des indemnisations.

17. Reconnaissance administrative des traitements antalgiques

Dans le respect du principe de précaution, un traitement déjà étudié et admis par la communauté scientifique pour avoir des effets antalgiques, devrait pouvoir faire l'objet d'une reconnaissance administrative (AMM, délivrance, prise en charge...), dans les meilleurs délais.

18. Accès aux traitements de la douleur

L'accès aux traitements de la douleur pourrait être facilité par une meilleure information du public et des professionnels de santé sur les structures de prise en charge de la douleur, ainsi que sur les médecins libéraux formés à cette approche.

19. Lutte contre la douleur dans les établissements de soins

Il serait souhaitable que tous les établissements de soins puissent bénéficier de moyens spécifiques, aussi bien en personnel qu'en matériel, attribués à la prise en charge de la douleur

20. La recherche contre la douleur

La recherche scientifique et clinique étant essentielle au progrès dans la lutte contre la douleur, elle devrait bénéficier de l'octroi de moyens spécifiques pour l'encourager et la rendre plus performante.

ANNEXE 2 :

Recensement des structures anti-douleur

Nord

Lille. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille
Hôpital Roger Salengro - Consultation de Neurochirurgie
59037 Lille Cedex
Tel: 03 20 44 65 43

Valenciennes - Clinique Teissier
 Centre de Traitement de la Douleur Chronique
 5 avenue Desandrouins - 59326 Valenciennes
 Tel: 03 27 14 23 18 - Fax: 03 27 14 23 38

Lens - Centre Hospitalier du Dr. Schaffner de Lens
 Unité de Traitement de la Douleur Chronique
 99, route La Bassée - 62307 Lens
 Tel: 03 21 69 16 34 - Fax: 03 21 69 16 61

Berck. Etablissement Hélio-Marin - Groupe Hopale
 Unité d'Evaluation et Traitement de la Douleur
 47, rue du Docteur Calot - 62600 Berck
 Tel: 03 21 89 41 16 - Fax: 03 21 89 41 45

Est

Strasbourg - Hôpital Civil - Centre de Prise en Charge de la Douleur
 1, place de l'Hôpital - 67000 Strasbourg
 Tel: 03 88 11 64 83 - Fax: 03 88 11 58 73

Strasbourg - Clinique Sainte-Anne - Groupe Hospitalier Saint-Vincent
 Centre de Prise en Charge de la Douleur
 182, route de Wantzenau - 67000 Strasbourg
 Tel: 03 88 45 81 40

Strasbourg - Hôpitaux universitaires - Centre Hospitalier Universitaire Hautepierre
 Centre de Prise en Charge de la Douleur
 Avenue Molière - 67098 Strasbourg Cedex
 Tel: 03 88 12 76 13 - Fax: 03 88 12 76 21

Mulhouse - Centre Hospitalier de Mulhouse - Hôpital Müller-Moenchsberg
 Centre de Prise en Charge de la Douleur
 20, rue du Dr. René Laennec - 68070 Mulhouse Cedex
 Tel: 03 89 64 62 15 - Fax: 03 89 64 65 16

Besançon - Centre Hospitalier Universitaire de Besançon - Hôpital Jean Minjoz
 Centre de Prise en Charge de la Douleur
 Boulevard Fleming - 25030 Besançon Cedex
 Tel: 03 81 66 85 09 - Fax: 03 81 66 91 19

Lons-le-Saunier - Centre Hospitalier Lons-le-Saunier - Centre de Prise en Charge de la Douleur
 55, rue du Dr. Jean Michel - 39016 Lons-le-Saunier
 Tel: 03 84 35 60 80

Nancy - Centre Hospitalier Universitaire de Nancy - Hôpital Central
29, avenue du Maréchal De Lattre de Tassigny - 54035 Nancy Cedex
Tel: 03 83 85 22 56

Vandoeuvre-Ies-Nancy - Centre Alexis Vautrin-Vandoeuvre
Unité Douleur et soins oncologiques de support
Avenue de Bourgogne - 54511 Vandoeuvre-Ies-Nancy Cedex
Tel: 03 83 59 84 86

Sarreguemines - Centre Hospitalier de Sarreguemines - Hôpital du Parc
Consultation d'Evaluation et de Traitement de la Douleur Chronique
Rue de l'Hôpital - 57206 Sarreguemines
Tel: 03 87 95 88 83 - Fax: 03 87 95 88 79

Bassin parisien

Caen - Centre Hospitalier Universitaire de Caen
Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
Avenue Georges Clémenceau - 14000 Caen
Tel: 02 31 27 25 22 - Fax: 02 31 2723 10

Saint-Lô. Centre Hospitalier de Saint-Lô. Hôpital Mémorial France Etats-Unis
Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
715, rue Henri Dunand - 50009 Saint-Lô
Tel: 02 33 06 31 55

Avranches - Centre Hospitalier d'Avranches - Granville
59, rue de la Liberté - 50300 Avranches Cedex
Tel: 02 33 89 42 04

Bourges - Centre Hospitalier Jacques Cœur
Consultation d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
145, avenue François Mitterand - 18016 Bourges
Tel: 02 48 48 47 99 ou 02 48 48 4914 (Service anesthésie / réanimation)

Tours - Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours
2, boulevard Tonnellé - 37044 Tours Cedex
Tel: 02 47 47 84 23

Reims - Institut Jean Godinot
Consultation de la Douleur
1, rue du Général Koening BP 171
51056 Reims Cedex - Tel: 03 26 50 43 84

Dijon - Hôpital Georges François Leclerc
 Unité de Diagnostic et de Traitement de la Douleur
 1, rue Professeur Marion - 21079 Dijon Cedex
 Tel : 03 80 73 75 50

Evreux - Centre Hospitalier d'Evreux
 Service Douleur et Soins Palliatifs
 1 rue Saint-Louis - 27023 Evreux Cedex
 Tel: 02 32 33 81 36 ou 02 32 33 81 38 (équipe mobile de soins palliatifs)

Rouen - Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
 Centre Anti-Douleur - Service de la Polyclinique
 1, rue de Germont - 76000 Rouen
 Tel: 02 32 88 81 22 - Fax: 02 32 88 33 57

Ile-de-France

Paris 75020 - Hôpital Tenon
 4, rue de la Chine - 75970 Paris Cedex 20
 Tel: 01 56 01 65 71

Paris 75006 - Hôpital Cochin - Pavillon Tarnier
 Centre de la Douleur
 89, rue d'Assas - 75006 Paris
 Tel: 01 58 41 15 02 - Fax: 01 58 4115 00

Paris 75012 - Hôpital Trousseau
 Unité d'Analgésie Pédiatrique
 26, avenue du Dr Arnold Netter - 75012 Paris
 Tel: 0144 73 6519 - Fax: 01 49 28 02 11

Paris 75013 - Hôpital Pitié Salpêtrière
 Consultation de la Douleur
 47-83, boulevard de l'Hôpital- 75013 Paris
 Tel: 01 42163728

Paris 75010 - Hôpital Lariboisière
 Département de la Douleur
 2, rue Ambroise Paré - 75475 Paris cedex 10
 Tel: 0149 95 81 77 - Fax: 01 49 95 69 98

Paris 75010 - Hôpital Saint-Louis - Service Anesthésie-Réanimation
 1, avenue Claude Vellefaux - 75475 Paris Cedex 10
 Tel: 01 42 49 95 25 Fax: 01 42494719

Paris 75012 - Hôpital Saint-Antoine
Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
184, rue du Faubourg Saint-Antoine - 75012 Paris
Tél: 0149 28 23 08

Paris 75015 - Hôpital Européen Georges Pompidou
Consultation de la Douleur
20-40, rue Leblanc 75015 Paris
Tél: 01 56093355

Paris 75018 - Hôpital Bichat / Claude Bernard
Unité d'Evaluation de la Douleur
46, rue H. Huchard - 75018 Paris
Tél: 0140 25 61 65
Fax: 01 40 25 87 84

Paris 75019 - Fondation Ophtalmologique Rothschild Paris
Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
25, rue Manin - 75019 Paris
Tél: 01 48 03 69 09
Fax: 01 48 03 6914

Région parisienne

Le Chesnay - Centre Hospitalier de Versailles - Hôpital André Mignot
Unité de Traitement de la Douleur
177, rue de Versailles - 78150 Le Chesnay Cedex
Tél: 0139 63 93 98 Fax: 01 39 63 95 29

Poissy - Centre Hospitalier Intercommunal- Poissy / Saint Germain-en-laye
10, rue Champs Gaillard - 78303 Poissy
Tél: 01 39 27 52 16 Tél: 01 39 27 44 58 (équipe mobile de soins palliatifs)

Antony - Hôpital Privé d'Antony
Consultation Anti-Douleur
25, avenue de la Providence - 92160 Antony
Tél: 01 46 74 37 18 Fax: 01 46 74 37 14

Boulogne - Hôpital Ambroise Paré
Centre Anti-Douleur
9, avenue Charles de Gaulle - 92104 Boulogne Cedex
Tél: 01 49 09 59 46 Fax: 01 49 09 57 99

Neuilly-sur-Seine - Centre Chirurgical Ambroise Paré
Centre du Rachis
27, boulevard Victor Hugo - 92200 Neuilly-sur-Seine
Tel: 01 41 43 04 50 Fax: 01 46 24 25 05

Clichy - Hôpital Beaujon
Unité de Traitement de la Douleur
100, boulevard du Général Leclerc - 92110 Clichy
Tel: 01 40 87 55 69 Fax: 01 47 39 87 70

Hôpital Avicenne - Unité de Traitement de la Douleur
125, rue de Stalingrad - 93009 Bobigny Cedex
Tel: 01 48 95 52 76

Aulnay-sous-Bois - Hôpital Intercommunal Robert Ballanger
Consultation d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
Boulevard Robert Ballanger - 93602 Aulnay-sous-Bois
Tel: 01 49 36 74 52 Fax: 01 49 36 72 31

Villejuif - Institut Gustave Roussy
Centre de Diagnostic et de Traitement de la Douleur de l'adulte et de l'enfant
39, rue Camille Desmoulins - 94805 Villejuif Cedex
Tel: 01 42 11 42 37 Fax: 01 42 11 61 33

Créteil- Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
Consultation Anti-Douleur
40, avenue de Verdun - 94010 Créteil Cedex
Tel: 01 45 17 55 01 Fax: 01 45 17 56 54

Argenteuil- Centre Hospitalier Victor Dupouy
Centre Anti-Douleur - 69, rue du Lieutenant CI. Prudhon - 95100 Argenteuil
Tel: 01 34 23 25 78 ou 76

Gonesse - Centre Hospitalier de Gonesse
Unité de Traitement de la Douleur Chronique
25, rue Pierre de Theilley - 95500 Gonesse BP 71
Tel: 01 34 53 20 50

Ouest

Quimper - Centre Hospitalier de Cornouaille
Consultation de la Douleur
14 bis, avenue Yves Thépot BP 1757 - 29107 Quimper
Tel: 02 98 52 60 67

Rennes - Clinique Mutualiste la Sagesse
Unité de Diagnostic et de Traitement de la Douleur
4, place Saint-Gwenolé - 35013 Rennes
Tel: 02 99 85 75 80

Saint-Malo - Centre Hospitalier de Saint-Malo
Consultation de la Douleur
1, rue de la Marne - 35403 Saint-Malo
Tel: 02 99 21 28 01

Poitiers - Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers. Pavillon Garnier
Centre de Traitement de la Douleur
Rue de la Milétrie - 86021 Poitiers Cedex
Tel: 05 49 44 39 15

Nantes - Clinique Médicale Viaud
Unité de Diagnostic et de Traitement de la Douleur 40, rue Fontaine de Barbin - 44000 Nantes
Tel: 02 40 37 26 26

Nantes - Hôpital Laennec
Centre de Traitement de la Douleur
Boulevard Jacques Monod - 44093 Saint-Herblain - Nantes
Tel: 02 40 16 51 73

Nantes - Hôpital Gauducheau
Consultation Anti-Douleur
Boulevard Jacques Monod - 44805 Saint Herblain
Tel: 02 40 67 99 42

Angers - Centre Hospitalier Universitaire d'Angers
Unité de la Douleur - Département de Neurologie - Secteur Charcot
4, rue Larrey - 49033 Angers
Tel: 02 41 35 46 13 Fax: 02 41 35 35 94

Le Mans - Centre Hospitalier - Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
194, avenue Rubillard - 72037 Le Mans Cedex
Tel: 02 43 43 25 28

Sud-Ouest

Bordeaux - Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux - Hôpital Tripode
Consultation de la Douleur
Place Amélie Raba Léon - 33076 Bordeaux
Tel: 05 56 79 8711

Bordeaux - Institut Bergonié
Département Anesthésie-Réanimation-Analgésie
229, cour de l'Argonne - 33076 Bordeaux
Tel: 05 56 33 32 64 Fax: 05 56 33 33 87

Toulouse - Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse
Centre Pluridisciplinaire d'Evaluation et de Traitement de la Douleur Hôpital Rangueil
1, avenue du Pr Jean Poulhes - 31403 Toulouse Cedex 4
Tel: 05 61 32 33 77 Fax: 05 61 32 22 40

Toulouse - Polyclinique du Parc
Centre de la Douleur
105, rue Achille Viadieu - 31400 Toulouse
Tel: 05 61 36 65 65

Nîmes - Centre Hospitalier Universitaire Gaston Doumergue
Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
5, rue Hoche - 30029 Nîmes Cedex 9
Tel: 04 66 68 68 86 Fax: 04 66 68 68 87

Montpellier - Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier
Hôpital Saint-Eloi
Centre Anti-Douleur
2, avenue Bertin Sans - 34295 Montpellier Cedex 5
Tel: 04 67 33 72 71 Fax: 04 67 33 74 48

Montpellier - Clinique Clémentville
Consultation et Unité de la Douleur Chronique Rebelle
27, rue Clémentville - 34000 Montpellier
Tel: 04 67 06 70 00 Fax: 04 67 06 70 01

Montpellier - Clinique Beausoleil-Montpellier
Unité de la Douleur
119, avenue D. Lodève - 34000 Montpellier
Tel: 04 67 75 99 99

Paca

Marseille - Hôpital la Timone
Centre de la Douleur Chronique
Boulevard j. Moulin
ou 264, rue Saint-Pierre - 13385 Marseille Cedex 5
Tel: 04 91 38 68 98 Fax: 04 91 38 78 71

Marseille - Fondation Saint-joseph
 Unité de Consultation et d'Hospitalisation Pluridisciplinaire de la Douleur Chronique
 26, boulevard de Louvain - 13285 Marseille Cedex 08
 Tel: 04 91 80 68 33 Fax: 04 91 80 66 51

Marseille - Clinique La Phocéenne
 Unité Douleur
 143, route des 3 Lucs - 13012 Marseille
 Tel: 04 91 18 08 08 Fax: 04 91 93 83 61

Nice - Hôpital Pasteur
 Département d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
 Médecine Palliative
 30, avenue de la Voie Romaine BP 69 - 06002 Nice Cedex 1
 Tel: 04 92 03 79 46 Fax: 04 92 03 84 69

Aix-en-Provence - Centre Hospitalier du Pays d'Aix
 Unité de Traitement de la Douleur
 Avenue des Tamaris -13616 Aix-en-Provence cedex 1
 Tel: 04 42 33 99 09 Fax: 04 42 33 98 63

Centre-Est

Saint-Etienne - Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne
 Hôpital de Bellevue
 Consultation de la Douleur
 42055 Saint-Etienne Cedex 2
 Tel: 04 77 12 78 02

Saint-Etienne - Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne Hôpital Nord
 Consultation de la Douleur
 42055 St Etienne Cedex 2
 Tel: 04 77 82 83 91 Fax: 04 77 82 84 86

Lyon - Hospices Civils de Lyon
 Centre Référent de Prise en Charge de la Douleur
 59, Boulevard Pinel - 69003 Lyon
 Fax: 04 72 68 49 44 (direct - algologie/cardiologie)

Lyon - Hôpital des Charmettes - Croix Rouge Française
 Consultation de la Douleur
 39, rue de la Viabert - 69006 Lyon
 Tel: 04 72 74 61 03

Lyon - Centre Hospitalier Saint-joseph et Saint-Luc
Consultation Anti-Douleur
9, rue du Pr Grignard - 69365 Lyon Cedex 07
Tel: 04 78 61 88 19 ou 04 78 61 80 89 Fax: 04 78 61 88 76

Lyon - Centre Régional Léon Bérard
Centre Anti-Douleur
28, rue Laennec - 69373 Lyon
Tel: 04 78 78 26 57 Fax: 04 78 78 26 55

Lyon - Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes
Unité de Traitement de la Douleur
108, Boulevard Pinel - 69275 Lyon Cedex 03
Tel: 04 72 36 60 79

Grenoble - Clinique Mutualiste des Eaux Claires
Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
12, rue du Dr Calmette - 38000 Grenoble
Tel: 04 76 70 89 02 Fax: 04 76 70 71 89

Grenoble - Hôpital Michallon
BP 217 - 38043 Grenoble Cedex 9
Tel: 04 76 76 5213 Fax: 04 76 76 59 51

Annonay - Centre Hospitalier d'Annonay
Consultations de la Douleur
Rue Bon Pasteur - 07103 Annonay
Tel: 04 75 67 35 95 Fax: 04 75 67 37 35

Valence - Centre Hospitalier de Valence
Unité Fonctionnelle de la Douleur
Rue du Dr. Janty - 26000 Valence
Tel: 04 75 75 75 75

Vienne - Centre Hospitalier Lucien Hussel
Consultation de la Douleur
Mont Salomon - 38209 Vienne
Tel: 04 74 31 33 55 Fax: 04 74 31 34 55

Rillieux - Polyclinique de Rillieux
Consultation Anti-Douleur
941, rue du Capitaine Julien - 69140 Rillieux La Pape,
Tel: 04 72 01 45 40 Fax: 04 72 01 45 45

Aveize - Centre Médical de l'Argentière
L'Argentière - 69610 Aveize
Tel: 04 74 26 41 41

Uriage - Hôpital Rhumatologique d'Uriage
Consultation Anti-Douleur
BP18 - Route de Chamrousse - 38410 Uriage
Tel: 04 76 76 48 00

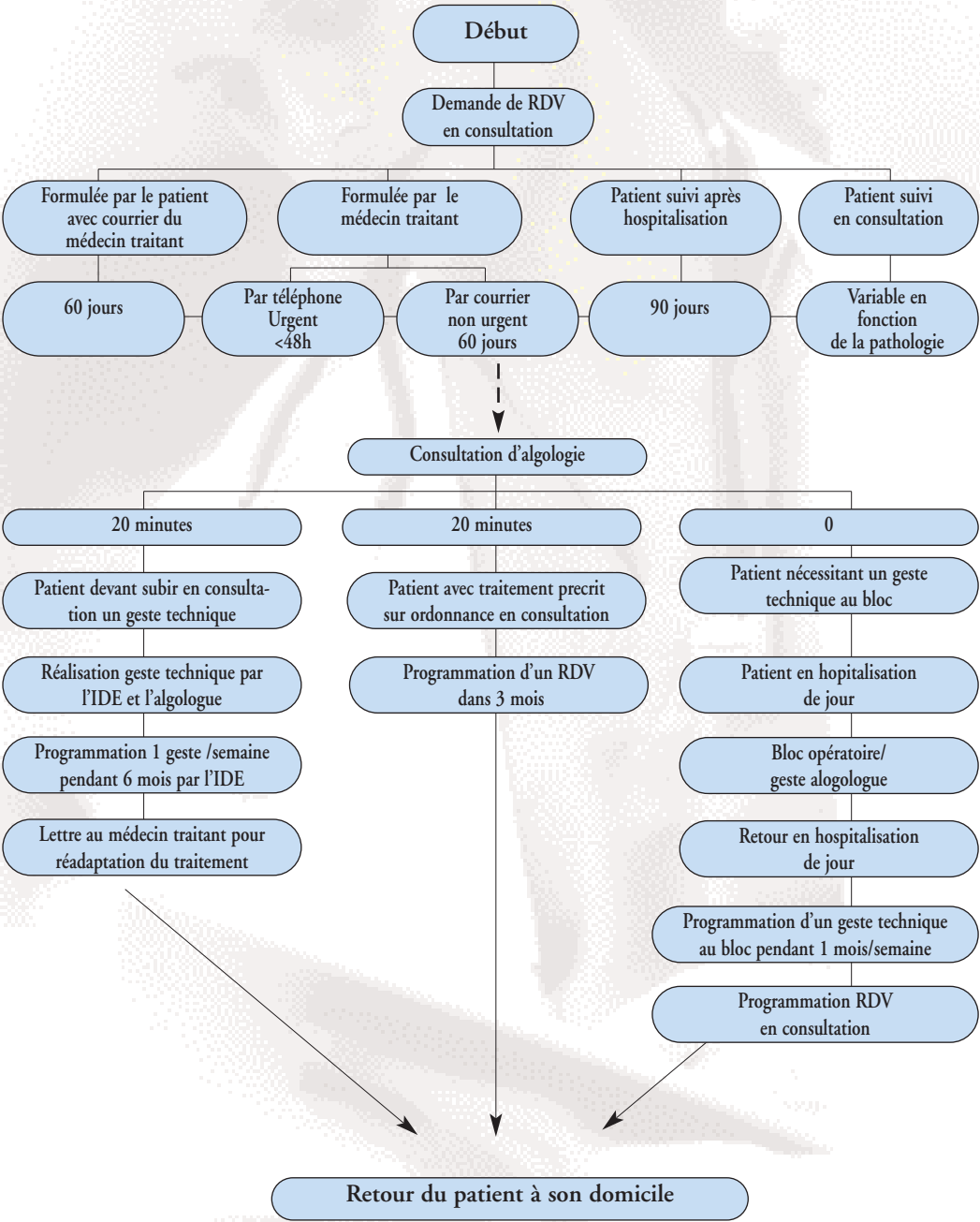
Roanne - Centre Hospitalier de Roanne
Evaluation et Traitement de la Douleur Chronique
28, rue de Char/jeu BP SII - 42328 Roanne
Tel: 04 77 44 36 94

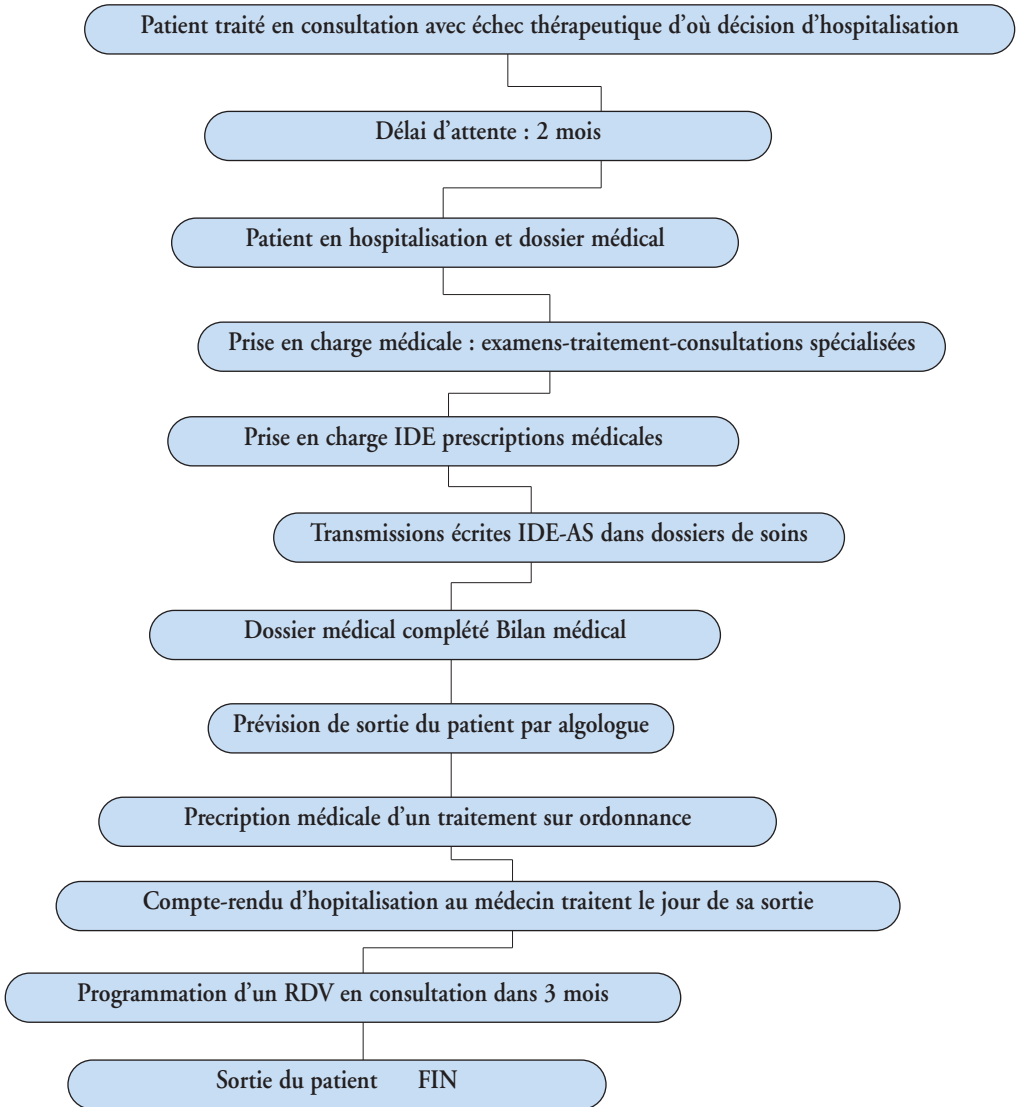


ANNEXE 3 :

Consultation au Centre Anti-Douleur du CHU Saint Eloi, Montpellier

Prise en charge du patient douloureux chronique en consultation



Prise en charge du patient douloureux chronique en hospitalisation

ANNEXE 4 :

Un peu d'humour : Testez votre personnalité par le jeu des « moi »

Il est utile de tester votre personnalité de soignant pour mieux comprendre comment vos patients vous considèrent

Vous subjuguez votre clientèle	
Vous savez la séduire avec beaucoup d'habileté	
Vous cernez ses préoccupations médicales mais aussi psychologiques par une forte implication personnelle	
Vous expliquez bien les maladies avec des mots très imagés	
Vous êtes le conseiller, y compris pour les problèmes intimes	
Vous êtes friand des dernières nouveautés thérapeutiques	
Vous répondez au téléphone pendant vos consultations et vous surchargez souvent votre emploi du temps	
Vous êtes élégant et d'allure sportive	
Vos patients préférés sont les sportifs et les cadres commerciaux	
Votre bureau est souvent un champ de bataille	
Les problèmes psychologiques et les problèmes des femmes ne vous font pas peur	
Vos patients vous sont fidèles jusqu'à la passion. Ils vous aiment	
TOTAL	

Répondez à ces questions et cotez chacune d'elle de 0 à 1 dans la case à droite :

Faites le total. Si vous avez un score supérieur à 7 sur 12, c'est que vous avez tendance à être médecin amant ou amante.

Deuxième série de questions.

Vous protégez votre clientèle	
Vous l'englobez dans beaucoup de sollicitude	
Vous gérez sa préoccupation médicale et sociale avec simplicité et bon sens	
Vous conseillez vos patients tel un sage	
Vos conseils sont écoutés et suivis car justes	
Vous ne vous laissez pas impressionner par les nouveautés médicales	
Vous recherchez surtout l'aspect pratique d'une thérapeutique	
Vous n'aimez pas les voitures de sport	
Vous portez la barbe ou vous Mesdames, une tenue sobre mais élégante	
Vous avez une affection particulière pour les enfants et les personnes âgées	
Les instables, les ombrageux, vous les cadrez vite	
Vos patients vous sont fidèles dans la durée	
TOTAL	

Si vous avez un score supérieur à 7 sur 12, c'est donc que vous avez une tendance paternaliste sur votre clientèle, vous êtes plutôt *un médecin père ou mère*.

Troisième série de questions.

Vous étonnez votre clientèle par votre savoir et votre compétence	
Vous êtes admiré pour votre excellent diagnostic et votre professionnalisme	
Vous préférez gérer des malades, les organes malades plutôt que les problématiques psychologiques	
Vous n'aimez pas trop expliquer les maladies au patient ou alors avec un schéma	
Vous aimez la technique médicale	
Vous êtes au courant des dernières découvertes dans toutes les branches de la médecine	
Votre cabinet et votre salle d'attente sont bien rangés	
Il vous plaît de comprendre tout le mécanisme physiologique aussi bien que les chercheurs	
Vous aimez les cas difficiles mais pas les consultations où l'on perd trop de temps et inutiles	
Vous prenez vos patients à l'heure car vous êtes organisé	
Vous êtes habillé sobrement	
La justification de votre métier est votre savoir médical	
TOTAL	

Si votre score est supérieur à 7 sur 12, vous êtes un médecin qui privilégie les soins techniques, vous avez une tendance à être un *médecin frère ou soeur*.

Conclusion : *si vous avez remarqué que le nombre de question dans la première série est de 13 au lieu de 12 dans les autres séries, c'est que vous êtes un médecin ou un soignant frère. Heureusement, tout soignant est un peu à tour de rôle tous ces personnages.*

ANNEXE 5 :

Charte des soins palliatifs et de l'accompagnement

1. "Les Soins Palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne en phase évoluée ou terminale d'une maladie potentiellement mortelle: prendre en compte et viser à soulager les douleurs physiques ainsi que la souffrance psychologique, sociale et spirituelle devient alors primordial". (*)
2. En plus du soulagement de la douleur physique qui est un préalable, il faut prévoir un ensemble d'attitudes et de comportements adaptés à l'état du malade souvent angoissé physiquement et moralement. Cela constitue l'accompagnement.
3. L'emploi nécessaire des moyens de lutte contre la douleur physique se fera avec le souci de ne pas altérer, autant que faire se pourra, la conscience et le jugement du malade.
4. Sont au même titre considérés, comme contraires à cet esprit deux attitudes : l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie. L'acharnement thérapeutique peut être défini comme l'attitude qui consiste à poursuivre une thérapeutique lourde à visée curative, qui n'aurait comme objet que de prolonger la vie sans tenir compte de sa qualité, alors qu'il n'existe aucun espoir raisonnable d'obtenir une amélioration de l'état du malade.

Par euthanasie, on entendra toute action ayant pour dessein de mettre fin à la vie du malade. Par ailleurs, il ne sera pas privé sans raison majeure, jusqu'à son décès, de sa conscience et de sa lucidité.

5. Une attitude générale de franchise vis-à-vis du malade, quant à la nature ou au pronostic de sa maladie, est généralement requise pour assurer l'accompagnement de la meilleure qualité possible. Toutefois, les circonstances psychologiques sont trop variées pour que cette recommandation puisse être formulée autrement qu'en termes généraux. Il s'agit d'un idéal auquel il convient de tendre.

6. Pour soutenir la personne en phase terminale s'impose l'intervention d'une équipe interdisciplinaire comportant, autour des médecins, des membres des différentes professions paramédicales concernées (infirmières et aides-soignantes, psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens, etc.).

Y sont associés les représentants des différentes religions dont se réclameraient les malades hospitalisés. La prise en compte des besoins spirituels, particulièrement en cette phase de l'existence, paraît en effet essentielle, dans le respect absolu des options philosophiques et religieuses de chacun.

7. Les bénévoles qui acceptent d'apporter un soulagement au malade, de participer à son ultime accompagnement, sont considérés comme des collaborateurs précieux de l'équipe de soins.

Ils veilleront à ce que leur action n'interfère, en aucun cas, avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux.

Ils ne devront s'adonner à aucune pratique, technique ou méthode présentée comme étant ou pouvant être une ressource thérapeutique substitutive, adjuvante ou complémentaire de celle prescrite par le médecin.

Leur rôle est de conforter, par leur présence attentive, l'environnement social et affectif du malade et de son entourage. Les bénévoles auront été préparés spécialement à cette présence discrète et ils seront soutenus psychologiquement tout au long de leur action.

8. Un effort tout particulier pour accueillir et soutenir les familles est aussi considéré comme une des caractéristiques essentielles des soins palliatifs et de l'accompagnement en soins palliatifs.

Il s'agit à la fois de permettre au malade de réaliser ses vœux ultimes, et s'il le désire, de renforcer et éventuellement de renouer ses liens affectifs lors de ses derniers moments.

Il convient également de préparer au deuil la famille et les proches et de les aider moralement après le décès.

9. Les équipes de soins palliatifs et d'accompagnement, quel que soit leur lieu d'exercice (Unité spécialisée fixe ou mobile, domicile, service hospitalier) auront à cœur de contribuer à la formation du personnel médical et paramédical et des bénévoles ainsi qu'à la propagation des principes énoncés dans la présente charte.

Les adhérents à la charte susciteront la création de nouveaux foyers et l'adhésion de nouveaux participants à leur action.

ANNEXE 6 : Plan triennal

Afin d'améliorer la prise en compte et le soulagement de la douleur, un premier programme d'actions a été initié par Monsieur Bernard Kouchner, dès 1998 : le plan triennal gouvernemental de lutte contre la douleur 1998-2000. Il est articulé autour de quatre volets :

- la prise en compte de la demande du patient
- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et dans les réseaux de soins
- le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur
- l'information du public

1. La prise en compte de la demande du patient

Plusieurs mesures sont mises en place :

- Le carnet douleur : remis au patient à son arrivée pour une meilleure information sur la douleur, son évaluation, sa prise en compte par l'équipe soignante et la réponse adaptée.
- Une systématisation de l'utilisation des réglettes de mesure de la douleur qui permet à l'équipe soignante de mieux apprécier l'intensité de la douleur. Une pancarte au pied du lit en fera également la mesure journalière.
- La mesure de la satisfaction des usagers grâce à des fiches de sortie hospitalière relatives à la satisfaction des patients.
- Attribution de pompes d'auto-analgésie contrôlée qui permettent au patient lui-même de déclencher l'injection d'antalgiques.
- L'information des patients sur l'existence des centres de lutte contre la douleur chronique rebelle par la diffusion d'une liste régionale.
- L'insertion de rubriques spécifiques ayant trait à l'intensité et la prise en charge de la douleur dans les documents d'anesthésie
- La disponibilité des antalgiques majeurs. Le Plan de lutte contre la douleur vise à simplifier les modalités de prescription en remplaçant la prescription des antalgiques majeurs sur ordonnance extraite d'un carnet à souche numéroté (réservé exclusivement à cet usage) par une prescription médicale sur ordonnance infalsifiable.

2. Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et dans les réseaux de soins

.Les établissements de santé

- un guide sera mis au point, leur permettant de définir les objectifs de prise en charge de la douleur en termes de projet médical, de projet de soins infirmiers, de plans de formation, de gestion et de système d'information
- la mesure de la satisfaction des patients par un document d'orientation une incitation à élaborer des protocoles de soins d'urgence incluant des mesures soulageant la douleur des patients et à de mettre en place des comités de lutte contre la douleur.

.Les réseaux

- Le cahier des charges qui sera proposé aux réseaux susceptibles de bénéficier de financements publics intégrera la réflexion sur la lutte contre la douleur au niveau de la charte, de la formation des intervenants, de la formalisation de la relation des réseaux et des référents...
- Une mesure à l'étude prévoit une valorisation de la première consultation chez les médecins généralistes, préalablement formés à l'évaluation et au traitement de la douleur, participant au réseau ville/hôpital de prise en charge de la douleur chronique rebelle.

3. La formation et l'information des professionnels de santé

- La formation initiale : désormais, le thème de la douleur et des soins palliatifs sont des enseignements obligatoires au cours des études médicales et les formations de 3ème cycle de lutte contre la douleur seront valorisées.
- Formation des autres professionnels de santé : renforcement de l'enseignement douleur au sein de la formation des infirmiers, des directeurs d'hôpitaux et autres professionnels de santé impliqués dans le prise en charge de la douleur.
- La formation continue est indispensable.
- Un logiciel pédagogique de prise en charge de la douleur sera mis en ligne sur le réseau santé social.
- Par ailleurs, des antalgiques majeurs seront sortis de la réserve hospitalière pour les mettre à disposition des praticiens de ville.

4. L'information du public

La lutte contre la douleur fera l'objet d'une grande campagne d'information auprès de la presse spécialisée, du grand public, des établissements de santé. Un site douleur sera ouvert sur le Web qui regroupera les sites existants ou à créer.

ANNEXE 7 : Plan quadriennal

Le nouveau programme d'actions poursuit les objectifs du premier plan de lutte contre la douleur. Il vise notamment l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique rebelle (lombalgies, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses,...) et de la souffrance en fin de vie.

Il est centré sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

La mise en place de ces priorités s'articule autour de cinq objectifs :

1. Associer les usagers par une meilleure information
2. Améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées
3. Améliorer l'information et la formation des personnels de santé
4. Amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur
5. Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée

Ce programme national a été élaboré en collaboration avec la Société d'étude et de traitement de la douleur (SETD) le collège national des médecins de la douleur (CNMD) et le collège national des enseignants universitaires de la douleur (CNEUD).

1 - Associer les usagers par une meilleure information

Les usagers doivent apprendre à être des acteurs de l'amélioration de la prise en charge de la douleur. L'information doit être renforcée pour faciliter le dialogue patients/soignants.

- Le contrat d'engagement douleur remplace le carnet douleur
En plus du rôle d'information auprès des personnes malades, il devient acte d'engagement pour l'établissement hospitalier. Il sera remis à chaque hospitalisation avec le livret d'accueil de l'établissement et intégrera la prise en charge de la douleur, la prévention de la douleur provoquée, la douleur post opératoire, l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur et les médicaments de la douleur.
- Une brochure d'informations grand public sur la migraine et les céphalées chroniques sera diffusée.
- Une large campagne de sensibilisation sera développée en direction des enfants
Elle sera menée auprès des enfants de maternelle et de cours préparatoire afin de mieux leur faire connaître l'hôpital, ses différents acteurs, les soins.
- Des états généraux de la douleur seront lancés dès le début de l'année 2002 dans quatre régions
Ils accompagneront ces régions dans la mise en œuvre du plan.

2 - Améliorer l'accès de la personne souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées par plusieurs mesures :

- Le renforcement des structures de prise en charge de la douleur chronique par la création de postes de médecins, infirmières, psychologues, etc ...
- L'évaluation de l'adéquation de ces structures aux besoins des patients souffrant de douleurs chroniques rebelles par une enquête pour proposer d'éventuels axes d'amélioration.
- La création d'un centre expérimental de référence sur la migraine de l'enfant à l'instar du centre de la migraine de l'hôpital Lariboisière à Paris.
- La généralisation des ordonnances "sécurisées" au 1er octobre 2002
- Une réflexion sur la simplification de la prescription et la dispensation des médicaments opioïdes sera engagée
- La dimension prise en charge de la douleur en fin de vie partie intégrantes des soins palliatifs sera développée dans le programme d'action sur les soins palliatifs.

3 - Améliorer l'information et la formation de l'ensemble des professionnels de santé

- Une série de documents sera élaborée (ce que tout professionnel de la santé doit savoir). La diffusion sera assurée à l'ensemble des soignants libéraux et hospitaliers (médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, biologistes, radiologues, dentistes, sages-femmes, ...). Le support papier sera associé à une diffusion Internet
- Le renforcement de la formation des professionnels de santé
La formation médicale et odontologique continue qui devient obligatoire, intègre les connaissances scientifiques mais aussi des thèmes de santé publique : la thématique douleur sera inscrite parmi les actions prioritaires de formation pour 2003, 2004, 2005. Ces actions reposant sur le principe d'une formation/action et menées auprès des infirmiers et autres personnels paramédicaux, seront centrées autour de la dimension sociale et psychologique de la douleur ainsi que sur l'approche technique de la douleur (évaluation de l'intensité de la douleur, la mise en place des protocoles de soins infirmiers)
- La création d'un centre national de ressource de la douleur

4 - Amener les établissements de santé à s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur des patients

- La modification du référentiel d'accréditation de l'ANAES concernant l'organisation de la prise en charge de la douleur
- La diffusion, au 1er trimestre 2002, d'un guide méthodologique concernant l'organisation de la prise en charge qui incite au développement des comités de lutte contre la douleur (CLUD) ou des groupes de réflexion " qualité douleur ".
- L'incitation pour que les réseaux de santé appliqués aux soins palliatifs, au cancer, aux personnes âgées intègrent la dimension douleur.
- L'agrément du réseau expérimental d'évaluation et de traitement de la douleur chronique en Seine et marne ("*Douleur 77*" – Cf. annexe).

5 - Renforcer le rôle de l'infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée

- La prise en charge de la douleur est intégrée dans le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- La poursuite, en 2003, 2004, 2005 d'actions de formation / action développées et financées par l'ANFH
- La création de 125 postes d'infirmiers référents douleur

ANNEXE 8 :**Universités enseignant le Diplôme Inter- Universitaire
« Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur »**

- Université Nice - Sophia Antipolis
- Université Aix-Marseille 2
- Université de Caen
- Université de Besançon
- Université Toulouse 3 - Paul Sabatier
- UFR des Sciences Médicales 1 - Université V, Segalen Bordeaux 2
- Université Montpellier 1
- Université de Reims (spécificité du DU, Prise en charge de la Douleur pour les Soignants)
- Université Louis Pasteur de Strasbourg
(spécificité du DU :Prise en charge de la Douleur en soins infirmiers)
- Université Louis Pasteur de Strasbourg (spécificité du DU :
Traitement de la douleur post-opératoire et de la douleur chronique)
- Université de Rouen
- Université d'Amiens
- Université de Poitiers
- Université de Limoge
- Université Paris 6 - Pierre et Marie Curie *
- Université Paris 12 - Paris Val-de-Marne (spécificité du DU :
Prise en charge de la Douleur et Pratiques soignantes)

ANNEXE 9 :**DEMANDE D'ACCREDITATION d'un projet de Formation Médicale Continue**

Auprès de la commission mixte paritaire CNMD/CNEUD

Tableau d'identification réservé à la Commission mixte

Numéro du dossier:		
Date de réception du projet:	Date de l'examen du projet :	
Accréditation accordée le :	En appel le:	refusée
Avis de la Commission communiqué à l'organisme formateur le :		
Formation réalisée le :	Différée au :	Supprimée
Numéro d'accréditation du projet :		

Partie réservée aux organisateurs de FMC

1. Identification de la formation médicale continue

1.1 Intitulé de la formation :

1.2 Type de formation, dates et lieu: (cercler la réponse exacte)

Cette action est : internationale, régionale, locale, annuelle.

Congrès, réunion, cycle d'enseignement (DU, DIU...), stage, colloque, séminaire, atelier.

Autres : _____

Dates: _____ Lieu: _____

1.3 Organisme promoteur (état civil de l'instance formative) :

NOM : _____

Sigle : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE : _____ FAX : _____

e.mail : _____

FORME JURIDIQUE et date de sa création: (ex : société, association 1901...)

NUMERO D'AGREMENT de l'organisme : _____

Date de l'obtention _____

Noms des principaux responsables: (Président et bureau..)

2. DEMANDE D'ACCREDITATION auprès de la commission mixte

2.1. RESPONSABLE DE L'ACTION de FORMATION (une seule personne) Nom, prénom, adresse, téléphone, fax, e-mail

2.2. PERSONNE A CONTACTER pour ce projet (si personne différente) Nom, prénom, adresse, téléphone, fax, e-mail

2.3. PREPARATION

Identification des besoins: OUI - NON (cercler la réponse) Comment et par qui?

2.4. LIEU, DATES et DUREE de la formation

LIEU: _____

DATES: _____

Durée (en demi-journées) _____ Durée (en heures),

2.5. NOMBRE DE PARTICIPANTS PREVUS:

Médecins:

Autres:

2.6. OBJECTIFS DE LA FORMATION

OBJECTIF PRINCIPAL:

Afin d'apprécier quels sont les éléments susceptibles d'être améliorés (3 domaines: Connaissances, utilisation de celles-ci, évolution des pratiques).

2.7. PROGRAMME DE LA FORMATION

Envoyer de préférence, le programme définitif détaillé, séquence par séquence.
A défaut l'inscrire ci-dessous.

3. DOSSIER SCIENTIFIQUE ET PEDAGOGIQUE

3.1. INTERVENANTS: Experts, Conférenciers, Animateurs (références sommaires)

3.2. METHODES et MOYENS PEDAGOGIQUES

(Méthodes mises en œuvre, adaptation et cohérence avec les objectifs choisis: enseignement, exposés, mise au point, études de cas, de dossier, film, audiovisuel, simulateurs; études critique confrontations de données, élaboration de stratégies, bibliographie). Fournir un exemplaire du document remis aux participants.

3.3. EVALUATION DE LA FORMATION

Eléments et méthodes d'évaluation de la formation?

(Par qui, quand, comment, et sur quoi porte l'évaluation) ?

Avez-vous prévu d'organiser un suivi de formation? OUI - NON

4. DOSSIER BUDGETAIRE

4.1 RESSOURCES

Prix de l'inscription pour le médecin : ____ euros Pour d'autres professionnels de la santé : ____ euros.

Effectif prévu et payant : ____ Médecins et autres professionnels de la santé.

AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT Parrainage industrie: unique, multiple, non sollicité

Subventions :

Autres :

5. DATE D'ENVOI DU DOSSIER A LA COMMISSION MIXTE :

Nom et Signature du responsable du projet
Annexe dossier accréditation

MEMENTO DES ENGAGEMENTS DES ORGANISATEURS DE FMC VIS-A-VIS DE L'ACCREDITATION

AVANT L'ACCREDITATION :

Adresser à la Commission mixte 2 mois avant l'envoi des programmes :

- le dossier de demande d'accréditation
- un chèque du montant correspondant au nombre de participants prévus, couvrant les frais de secrétariat et de fonctionnement de la Commission d'Accréditation.

AVEC L'ACCREDITATION :

- Autorisation de faire figurer sur les programmes et pré-programmes la mention "formation ayant reçu l'accréditation du Collège National des Médecins de la Douleur (CNMD) et du Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur (CNEUD) ouvrant droit à l'obtention de 10 Unités de Formation Continue (UFC) par journée de congrès et 10 UFC par demi-journée d'atelier ou de stage".
- Interdiction de mentionner le numéro d'accréditation ailleurs que sur le certificat individuel de présence remis lors de la formation au participant.
Renouvellement de la Capacité d'Evaluation et Traitement de la Douleur

ANNEXE 10 :

**Accréditation d'une formation de capacité douleur
(exemple du dossier de l'université de Montpellier, Marseille et Nice)**

1 - UNIVERSITÉ : (préciser les UFR concernées)

Demande conjointe avec les Universités suivantes	Enseignement en collaboration avec les Universités suivantes
Université de la Méditerranée Aix-Marseille II- UFR Médecine	Montpellier - UFR Médecine

Nice Sophia-Antipolis - UFR Médecine

II - AVIS :

- du ou des conseils des UFR
- du Président d'Université
- du Conseil des études et de la vie universitaire

III - NOM ET QUALIFICATION DU COORDONNATEUR DE L'ENSEIGNEMENT :

Nom, qualification et coordonnées

Le coordonnateur de l'enseignement travaille en co-gestion avec les responsables d'enseignement au sein des UFR de Médecine de Nice Sophia-Antipolis : *noms et qualifications*

La commission pédagogique pluridisciplinaire élargie comprend les enseignants ou chargés d'enseignement des Universités de Nice Sophia-Antipolis et Marseille: noms et qualifications

Le coordonnateur de l'enseignement, en lien direct avec le coordonnateur d'enseignement de l'Université de Montpellier (*nom et qualification*), assure avec les responsables d'enseignement le bon déroulement qualitatif et quantitatif de l'enseignement, dans le respect du règlement intérieur de la Capacité d'Evaluation et Traitement de la Douleur, établi au sein d'une commission pédagogique inter-universitaire nationale.

IV - JUSTIFICATIF DE LA DEMANDE:

Cette demande représente un **renouvellement d'habilitation à délivrer la Capacité d'Evaluation et Traitement de la Douleur** pour l'Université Nice Sophia-Antipolis et la mise en place d'une Capacité pour l'Université de la Méditerranée Aix-Marseille II.

Cet enseignement a pour but de donner une compétence de haut niveau dans les domaines des connaissances fondamentales des neurosciences, aussi bien que dans les domaines clinique et thérapeutique concernant la prise en charge de la douleur. Sont abordées à la fois les prises en charge techniques et médicamenteuses de la douleur aiguë, comme la prise en charge de la douleur chronique.

L'objectif est de former, grâce à la collaboration de spécialistes de disciplines complémentaires, des praticiens (généralistes ou spécialistes) qui seront ensuite autonomes pour la gestion optimale des douleurs, soit dans le cadre institutionnel, en particulier celui des centres, consultations ou unités pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur, soit dans le cadre libéral.

Le diplôme délivré certifie de l'acquisition de connaissances étendues sur les mécanismes neurophysiologiques, la physiopathologie, l'évaluation clinique, la prise en charge psychologique et les traitements des principaux syndromes douloureux.

L'UFR de Médecine - Université de Nice Sophia-Antipolis délivre depuis 1986 le diplôme d'Algologie, transformé en 1993 en Diplôme Inter-Universitaire d'Evaluation et Traitement de la Douleur.

En 1996, suite à un consensus national, il a semblé licite de transformer le Diplôme Inter- Universitaire en Capacité d'Evaluation et Traitement de la Douleur. L'UFR de Médecine de Nice a, dans ce cadre, été habilitée à délivrer la Capacité pour une période de quatre ans. Depuis 1998, une collaboration pédagogique inter-régionale regroupant les Université de Nice, Montpellier et Marseille s'est mise en place. Il est proposé de poursuivre ce mode d'organisation. La demande conjointe d'habilitation à délivrer la Capacité des Universités de Nice et Marseille relève d'une volonté d'augmentation de la masse critique des enseignants de la Région PACA engagés dans ce domaine.

V - NOMBRE DE CANDIDATS SUSCEPTIBLES D'ETRE ACCUEILLIS CHAQUE ANNEE

La formation a lieu sur deux ans et le nombre de candidats acceptés après examen probatoire sera au maximum de 20 candidats à Nice et 12 à Marseille. Ce nombre correspond aux exigences des formations pratiques et des terrains de stages validés comme tels par les deux Centres Régionaux d'Evaluation et Traitement de la Douleur de la Région PACA (Nice et Marseille).

Peuvent s'inscrire tout médecin titulaire du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine ou spécialiste diplômé, ou titulaire à titre étranger des titres équivalents.

VI - ORGANISATION DES ENSEIGNEMENTS :

VII – SERVICES, ORGANISMES, LABORATOIRES, STRUCTURES SUSCEPTIBLES D'ACCUEILLIR EN STAGE LES ÉTUDIANTS:

(fournir lettre d'accord)

Les étudiants sont admis pour la moitié de leur stage (15 jours) dans le Centre Régional d'Evaluation et Traitement de la Douleur (Nice ou Marseille),

Ils peuvent, en fonction des conventions passées avec des services, compléter leurs stages pour acquérir des compétences complémentaires en neuroalgologie, cancérologie, pédiatrie, gérontologie.

Pour Nice, des accords sont passés avec :

- Le Centre Antoine Lacassagne
- Le Service de Neurochirurgie
- Le Service de Gérontologie
- Le Service de Pédiatrie

(Voir lettres d'accord jointes)

VIII - MODALITES DU CONTRÔLE DES CONNAISSANCES:

1) Examen probatoire préalable à l'inscription

L'enseignement préliminaire préparant les étudiants à l'acquisition des bases indispensables à l'appropriation des différents thèmes enseignés en 1ère et 2ème année sera suivi, quelques jours plus tard, de l'examen probatoire préalable à l'inscription en 1ère année.

Il s'agit d'un examen écrit, d'une durée de trois heures, comportant six questions: une question d'anatomie, une question de physiologie, une question de pharmacologie, deux questions du module clinique et une question du module psychologique. Une note moyenne égale à 10/20 est nécessaire pour obtenir l'autorisation de s'inscrire en 1^{ère} année de Capacité.

Le nombre total des reçus à ce t examen probatoire ne pourra en aucun cas dépasser le nombre maximum des étudiants susceptibles d'être accueillis par la structure de formation. Ce nombre est de 20 candidats pour Nice, 12 pour Marseille et 20 pour Montpellier.

En cas de litige, le jury de l'examen probatoire tranchera après avoir entendu le candidat.

2) Modalités de validation des enseignements

Le contrôle des connaissances s'exercera sous la forme de deux examens, l'un organisé au terme de la 1^{ère} année d'enseignement, l'autre au terme de la 2^{ème} année.

A - L'examen de fin de 1^{ère} année sera :

écrit, anonyme, d'une durée de trois heures. Il comportera six questions choisies par le jury local dans la banque interuniversitaire, remise régulièrement à jour par la Commission Pédagogique. Cet examen portera sur les modules de connaissances fondamentales. La réussite à cet examen (note moyenne supérieure ou égale à 19) conditionne le passage en 2^{ème} année. Seuls sont admis à un examen écrit de rattrapage les étudiants ayant obtenu une note entre 8 et 10/20 à l'examen écrit initial. En cas d'échec à cet examen de rattrapage, l'étudiant n'est pas autorisé à poursuivre l'enseignement de la Capacité.

B - L'examen de fin de 2^{ème} année sera:

1 - écrit, anonyme, d'une durée de trois heures. Il comportera six questions portant sur l'ensemble du programme clinique et thérapeutique dont trois cas cliniques.

Le jury sera local, mais il existera une double correction (par tirage au sort), effectuée par une autre Université organisant l'enseignement de la Capacité d'Evaluation et Traitement de la Douleur. Les deux correcteurs établissent ensemble la grille de correction.

Dans le cas d'une faible dispersion des notes, la note finale sera la moyenne arithmétique des deux notes obtenues. Dans le cas d'un écart supérieur à 3 points, la copie sera revue par les deux correcteurs voire par un troisième si nécessaire. En cas de note inférieure à 10, un oral de rattrapage est organisé pour les candidats ayant obtenu une note entre 9 et 10 (Uury de deux correcteurs). La réussite à l'examen écrit ou après oral de rattrapage conditionne le passage à l'examen oral.

2 - oral: il vérifie l'acquisition pratique des connaissances cliniques et thérapeutiques par une mise en situation clinique du candidat.

La Capacité d'Evaluation et Traitement de la Douleur sera délivrée au candidat après :

- réussite à l'examen écrit;

- réussite à l'examen oral;

- validation des stages cliniques par la Commission Pédagogique locale.

3) Modalités de validation des stages *(Préciser leur durée lorsqu'elle il' est pas fixée réglementairement)*

La formation pratique comporte trente journées temps plein, réparties sur les deux années d'enseignement. L'assiduité est contrôlée par l'intermédiaire du carnet de stage.

Les travaux dirigés, les ateliers (dont les thèmes et modalités sont définis par le Directeur d'enseignement) sont intégrés dans le décompte de ces stages pratiques.

A - Objectifs de cette formation pratique :

1) Objectifs obligatoires:

- assister à des consultations spécialisées dans la prise en charge du douloureux chronique à ces différents stades;
- assister et participer à des réunions multidisciplinaires de synthèse diagnostique et thérapeutique;
- assister à des prises en charge thérapeutiques spécifiques (blocs diagnostiques, Tens, prescription d'analgésiques et co-analgésiques, maniement des morphiniques, prise en charge psychologique...

2) Objectifs souhaitables:

- participer à la visite des malades douloureux chroniques hospitalisés;
- assister à des consultations spécialisées dans les syndromes douloureux particuliers (céphalées, douleurs de l'enfant, douleurs des cancers, SIDA, soins palliatifs, etc...);
- assister à la réalisation d'interventions spécialisées (neurolyses percutanées, chirurgie d'interruption, implantation de neurostimulateurs, de sites d'accès intrathécaux. ...).

B - Critères d'habilitation des terrains de stage:

Les stages doivent être effectués pour 3/4 du temps dans une structure qui répond aux critères d'habilitation de la commission pédagogique interuniversitaire et pour 1/4 du temps dans un terrain de stage complémentaire répondant aux critères ci-après:

1) Services de stage principal :

- les stages doivent être réalisés soit dans des unités possédant une consultation pluridisciplinaire, soit dans une unité disposant à la fois d'une consultation pluridisciplinaire et d'un secteur d'hospitalisation permanent;
- ces unités doivent prendre en charge et traiter de façon régulière les patients douloureux chroniques;
- le recrutement de ces unités ne doit pas se limiter au traitement d'un seul syndrome, d'un seul type de douleur ou d'une seule pathologie;
- le fonctionnement de ces unités doit être pluridisciplinaire et comporter au minimum des médecins qualifiés dans trois spécialités différentes dont la psychiatrie;

- un minimum de cinq consultations hebdomadaires doit être régulièrement assuré par ces unités;
- chaque semaine, au minimum, doit se tenir une réunion pluridisciplinaire de synthèse diagnostique et thérapeutique;
- certains membres de l'équipe doivent participer activement à l'enseignement de la Capacité.

2) Services de stage complémentaire:

- les services sont choisis par le Directeur de l'enseignement en fonction de l'intérêt qu'ils peuvent présenter dans l'approche des douloureux: «cliniques de la lombalgie», «cliniques de la migraine», «unités de prise en charge des douleurs cancéreuses, du SIDA», douleur de l'enfant, douleur de la personne âgée;
- l'habilitation de ces terrains de stage sera réexaminée tous les deux ans par le Directeur de l'enseignement

C - Carnet de stage : (cf carnet joint)

1) Objectifs pédagogiques :

L'étudiant doit valider les objectifs suivants;

- assister à 20 journées de consultations spécialisées dans la prise en charge des douloureux chroniques aux différents stades de leur prise en charge, dont au moins 20 patients consultant pour la 1ère fois - assister et participer au minimum à 5 réunions pluridisciplinaires de synthèse diagnostique, thérapeutique;
- assister aux différentes prises en charge thérapeutiques spécifiques.

2) Au cours de cet enseignement pratique, l'étudiant doit acquérir les notions suivantes :

- conduite de l'entretien et de l'examen médical d'un douloureux chronique de façon à reconnaître: différentes composantes de la plainte douloureuse;
- évaluation quantitative et qualitative du syndrome douloureux;
- évaluation des facteurs psycho-sociaux ;
- analyse critique du parcours médical du patient;
- synthèse des données cliniques et paracliniques ;
- réévaluation du diagnostic et de la thérapeutique;
- évaluation d'un projet thérapeutique multimodal.

Au terme du stage clinique, l'étudiant doit avoir compris le mode de fonctionnement d'une pluridisciplinaire de traitement de la douleur.

ANNEXE 11 :
**Universités enseignant la Capacité d'Evaluation
et de Traitement de la Douleur**

Université de Nice

Université de Marseille

Université de Caen

Université de Besançon

Université de Toulouse

Université de Bordeaux

Université de Montpellier

Université de Grenoble

Université de Saint-Htienne

Université de Nantes

Université de Nancy

Université de Lille

Université de Clermont-Ferrand

Université de Strasbourg

Université de Lyon

Université de Rouen

Université d'Amiens

Université de Poitiers

Université René Descartes - Paris V (Faculté de Médecine Cochin)

Université Pierre et Marie Curie - Paris VI (Faculté de Médecine Saint-Antoine)

Université Paris VII (Faculté de Médecine Lariboisière)

Université Paris XI (Faculté de Médecine Kremlin-Bicêtre)

Université du Val-de-Marne Paris XII (Faculté de Médecine de Créteil)

Créer

organiser et développer
une structure anti-douleur

