

## \_3 QUESTIONS À



**Dr Daniel Annequin,**  
responsable du Centre national  
de ressources de lutte contre la douleur  
(CNRD).

### “La prise en charge de la douleur nécessite du temps et du budget”

#### NOUVEAU PLAN DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

De plus, des plans nationaux de lutte contre la douleur se succèdent depuis 1998, à l'initiative des pouvoirs publics, afin de cibler des actions et des publics prioritaires. Cette année, le 4<sup>e</sup> Programme national (2013-2017) insiste sur la nécessité de renforcer le travail accompli. En effet, la douleur est complexe, sa définition forcément subjective. Il n'existe pas une, mais des douleurs. Le 4<sup>e</sup> Programme national distingue les douleurs aiguës (post-chirurgicales, urgences), les douleurs chroniques (lombalgies, céphalées chroniques quotidiennes, douleurs arthrosiques et musculo-squelettiques, neuropathiques chroniques, etc.) et celles liées aux soins. Chacune devant faire l'objet de prises en charge et de procédures adaptées et différentes les unes des autres.

Pour ce faire, le Programme met l'accent sur trois axes prioritaires. Il s'agit d'abord d'améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients

# 32 %

des Français déclarent  
subir des douleurs  
chroniques.

en sensibilisant les acteurs de premier recours : les pharmaciens d'officine, les médecins, les infirmières et les kinésithérapeutes libéraux, ainsi que les professionnels des urgences hospitalières. Deuxième axe du Programme national : garantir la prise en charge de la douleur

lorsque le patient est hospitalisé à domicile ou réside en établissement médico-social, en sensibilisant les intervenants à domicile et les aidants, et en renforçant le soulagement de la douleur des patients atteints de cancer, des personnes âgées hébergées dans les Ehpad et des personnes handicapées prises en charge dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisé (FAM), etc.

Enfin, le Programme national 2013-2017 met aussi l'accent sur la nécessité d'aider les patients à mieux exprimer les douleurs ressenties afin d'améliorer leur soulagement. Les personnes de plus de 65 ans n'osent pas toujours se plaindre et certaines souffrent de pathologies, comme la maladie d'Alzheimer, ce qui rend le dialogue difficile. Plus généralement, le Programme se propose de mieux repérer et prendre en charge la douleur des patients qui rencontrent des difficultés de communication (nourrissons, personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de troubles envahissants du développement).

Suite page 16 →

#### Quelles sont les difficultés auxquelles se heurtent, encore aujourd'hui, les professionnels de santé dans la prise en charge de la douleur ?

La première difficulté, c'est qu'il existe deux grands types de douleurs : les douleurs chroniques (migraine, douleur due à une atteinte nerveuse, séquelles chirurgicales, douleurs inexpliquées sans support organique...) et les douleurs aiguës dues à une intervention chirurgicale ou provoquées par les soins (ponctions pansement, mobilisation, biopsie, endoscopie...). Leurs traitements sont très différents : dans la douleur aiguë, la place des médicaments est majeure (pompe à morphine, anesthésie locale, protoxyde d'azote...); dans les douleurs chroniques, la place des médicaments est très réduite voire déconseillée car elle demande l'intervention de plusieurs professionnels, dont des psychologues, ces patients étant dans une grande détresse... La spirale infernale associant dépression et douleur chronique en est un bon exemple ; dans ces cas, l'utilisation des opiacés (qui sont aussi des psychotropes) peut générer des catastrophes (les addictions iatrogènes à ces médicaments sont un véritable fléau aux États-Unis). Les professionnels de santé sont donc confrontés à des prises en charge particulièrement complexes.

#### Et quelles sont les difficultés pour les structures « douleur » ?

La prise en charge de la douleur est une activité qui nécessite beaucoup de temps, elle génère des coûts qui relèvent des budgets issus des

missions d'intérêt général (MIG). Or ceux-ci ne sont pas toujours pérennes et les indicateurs d'activité sont souvent inadaptés pour la douleur aiguë, notamment celle provoquée par les soins. Les unités mobiles « douleur » ont une activité transversale d'évaluation des patients, de conseil thérapeutique et de formation aux bonnes pratiques ; cela n'est pas inclus dans le financement MIG, qui ne concerne que la douleur chronique... Se pose aussi le problème de la rémunération de l'activité des psychologues, qui ne font pas d'actes médicaux remboursés par la Sécurité sociale. Tout cela pèse nécessairement sur l'organisation de la prise en charge de la douleur.

#### Nous en sommes au 4<sup>e</sup> Programme national de lutte contre la douleur. Des efforts sont-ils encore nécessaires ?

Il est indéniable que les choses ont beaucoup bougé depuis le premier Programme national, en 1998. Aujourd'hui, la certification oblige les établissements à rendre des comptes sur les moyens mis en œuvre pour la prise en charge de la douleur, notamment celle provoquée par les soins, et c'est une bonne chose. La HAS a rappelé qu'elle restait une priorité. Ensuite, sur le terrain, les situations sont très hétérogènes. Certains services font du très bon travail, d'autres sont encore à la traîne. Comme pour la lutte contre les infections nosocomiales, régulièrement, les bonnes pratiques doivent être rappelées car malheureusement, les mauvaises habitudes sont toujours les plus fortes...

1. Bohnert AB, et al. Association Between Opioid Prescribing Patterns and Opioid Overdose-Related Deaths. JAMA. 2011