



Traitement de la douleur

Situation française en 1996

En France, comme dans d'autres pays, la douleur et son traitement ont longtemps été négligés par les professionnels de santé. Une évolution favorable paraît toutefois s'amorcer. Dans cet article, nous tentons de décrire la situation et les principaux obstacles au traitement de la douleur puis d'analyser la portée des mesures récentes.

lent pas encore, et les personnes âgées qui ne peuvent plus s'exprimer. La fréquence de la douleur est donc mal connue dans ces deux populations. La reconnaissance de la douleur chez le jeune enfant a fait l'objet de travaux importants. Chez les personnes âgées, on manque encore

A fin de mieux connaître la fréquence de la douleur et de sa prise en charge, différentes enquêtes ont été réalisées entre 1991 et 1993 :

- après une intervention chirurgicale (audit un jour donné à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 473 patients), 46 % des opérés se plaignent d'une douleur forte ou très forte ;

- au cours du cancer (enquête multicentrique, 605 patients), 57 % des patients signalent une douleur liée à leur maladie ; la prévalence de la douleur est proche au cours de l'infection par le VIH (étude multicentrique, 314 patients) ;

- en médecine générale (2 703 patients dans 151 cabinets médicaux), une douleur est retrouvée chez 54 % des patients, toutes pathologies confondues. Elle dure depuis plus de 3 mois chez 15 % des malades interrogés.

La reconnaissance de la douleur repose sur l'interrogatoire des patients, impossible pour deux groupes spécifiques : les très jeunes enfants qui ne par-



Du volontariat à l'enseignement obligatoire

Un enseignement sur la douleur est inscrit dans la formation initiale des infirmières depuis mars 1992. Il faudra attendre la rentrée universitaire 1996 pour que cet enseignement apparaisse au programme de la formation médicale. La formation post-universitaire avait pris les devants en reconnaissant les soins palliatifs et le traitement de la douleur comme thèmes prioritaires depuis 1991 (Unaformec) ; un diplôme interuniversitaire sur la douleur et son traitement (enseignement de 3^e cycle ne donnant pas lieu à qualification) existe par ailleurs depuis 1992.

La circulaire DGES-DGS du 9 mai 1995 relative aux enseignements du premier et du second cycle des études médicales met en place des séminaires obligatoires. Le traitement de la douleur et les soins palliatifs constituent, aux termes de cette circulaire, des thèmes prioritaires pour les 4 ans à venir. L'enseignement de la douleur fait aussi désormais partie de l'enseignement obligatoire de thérapeutique.

En attendant l'application de ce texte, un fonds parlementaire non reconductible de 5 millions de francs a permis de financer, en 1995, quinze projets pilotes de formation des équipes médicales.

d'outils valides. Pourtant, la douleur affecterait jusqu'à 80 % des personnes âgées en institution.

La douleur est fréquente ; elle est souvent peu ou mal traitée. À peine plus de la moitié des personnes ayant souffert d'une douleur forte ou très forte dans les 24 heures postopératoires se disent satisfaites de la prise en charge de leur douleur ; 51 % des patients souffrant de douleur cancéreuse et 80 % des patients souffrant de douleurs liées à l'infection par le VIH ne reçoivent pas un traitement adapté à l'intensité de leur douleur.

Même si la situation a pu s'améliorer depuis la réalisation de ces enquêtes et la diffusion de leurs résultats, la prise en charge de la douleur dans notre pays paraît très insuffisante. Ceci n'est d'ailleurs pas une spécificité française. Les enquêtes réalisées à l'étranger révèlent les mêmes carences.

Les obstacles

Les principaux freins au traitement de la douleur se situent à trois niveaux.

La politique de santé : tant que les professionnels de santé ne reçoivent pas une formation initiale et/ou continue adéquate, et tant que les médicaments antalgiques efficaces, en particulier les morphiniques, restent difficilement accessibles, il ne peut y avoir de traitement correct de la douleur.

L'organisation du système de santé, la nature subjective de la douleur, les difficultés de son évaluation imposent une coordination particulièrement efficace entre équipes soignantes et au sein de chaque équipe. La coordination des soins reste encore très imparfaite, que ce soit en institution, en ville, *a fortiori* dans les rapports ville-hôpital.

Les résistances individuelles : certains patients (en particulier atteints de maladies graves) peuvent hésiter à signaler leur douleur par crainte de ce qu'elle peut signifier (aggravation, récurrence). Les soignants, médecins ou non, peuvent ne pas reconnaître la plainte du patient. Des mécanismes de défense psychologique peuvent intervenir, notamment pour les

La réglementation de la prescription de la morphine : des résultats ambigus

Les contraintes imposées à la prescription de morphine ont été mises en place après la seconde guerre mondiale pour faire face à la montée de la toxicomanie. À l'époque, les propriétés antalgiques de la morphine étaient moins bien connues qu'actuellement. Dès 1961, la convention unique sur les stupéfiants de l'Organisation des Nations-Unies insistait sur la double nécessité de lutter contre la toxicomanie et de permettre un accès facile aux morphiniques pour les patients qui souffrent de douleur intense. Cependant, la plupart des réglementations nationales ont évolué dans un sens toujours plus contraignant. Ce constat a conduit en 1989 l'Organisation mondiale de la santé et l'Organe international de contrôle des stupéfiants de l'Onu à demander à tous les pays signataires de vérifier que leurs réglementations respectaient bien les deux objectifs de la convention. C'est dans ce contexte que la France a engagé une réflexion sur sa propre législation, réflexion alimentée par un certain nombre de constats.

- Les règles de prescription de la morphine étaient et restent en France beaucoup plus contraignantes que dans d'autres pays européens.
- Les réglementations restrictives entraînent, indépendamment de leur effet sur la toxicomanie une baisse importante de la prescription de morphine à visée antalgique. En Europe, ce phénomène a été observé en Allemagne après l'instauration du carnet à souche (1974).
- Les effets des réglementations restrictives sur la toxicomanie sont discutés, mais ce n'est pas dans les pays où les contraintes sont les plus rigoureuses que la toxicomanie est la plus faible.
- Il est possible de faire beaucoup progresser la consommation de la morphine comme antalgique sans, dans le même temps, faire progresser la toxicomanie. Les exemples de la Suède et du Wisconsin le démontrent.

En France, des modifications réglementaires récentes vont dans le sens d'un assouplissement de règles jusqu'alors très contraignantes. Cette démarche, qui s'appuie sur le raisonnement plutôt que sur l'accumulation des craintes, doit être saluée. Souhaitons qu'elle soit rapidement suivie de la simplification du carnet à souche, et de sa plus grande accessibilité pour les médecins, réformes régulièrement annoncées... et toujours attendues.

soignants confrontés quotidiennement à des maladies graves, ce qui doit inciter à porter sur ces comportements un regard d'analyse plutôt que de simple critique.

Évolutions récentes de la politique nationale

La France met progressivement en place les éléments d'un programme national de

lutte contre la douleur. En 1994, le Haut Comité de la santé publique fixe pour objectif de « diminuer de moitié le nombre de malades déclarant souffrir au cours d'un cancer et au cours d'une intervention chirurgicale » d'ici l'an 2000 (rapport *La Santé en France*). Peu de temps après, la commission sociale du Sénat constitue un groupe de travail dirigé par le sénateur Lucien Neuwirth. Ce groupe de travail publie un rapport et

avance des propositions à l'origine de décisions politiques.

Certaines relèvent de principes généraux : la loi hospitalière stipule désormais que « les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement » (loi du 4 février 1995). Cet objectif est repris dans la Charte du patient hospitalisé. Le nouveau Code de déontologie médicale (septembre 1995) précise qu'« en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade ».

D'autres mesures ont une traduction concrète. L'enseignement du traitement de la douleur se développe et devient obligatoire dans les facultés de médecine à

partir de la rentrée 1996. Les règles de prescription de la morphine sont assouplies : la durée maximale de prescription de la morphine orale est portée à 28 jours. Des recommandations pour le traitement de la douleur postopératoire (Assistance publique) et cancéreuse (Andem et Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer) sont publiées.

Par ailleurs, une réflexion est engagée sur les structures de traitement de la douleur. Une enquête effectuée par la direction générale de la Santé (avril 1995) tente de les recenser. L'Andem propose des critères distinguant les consultations, les unités et les centres d'évaluation et de traitement de la douleur (novembre 1995). En octobre 1995, le ministre de la Santé annonce la mise en place prochaine

d'une « labelisation ». Toutefois, aucun moyen financier n'est prévu jusqu'ici pour mettre en conformité des structures dont le fonctionnement repose sur un volontariat important, le plus souvent sans moyens propres. La fonction pédagogique des équipes spécialisées au sein de leurs établissements reste par ailleurs une mission délicate tant que les activités transversales sont peu ou mal reconstruites dans l'organisation hospitalière.

Ce qui reste à faire

On ne peut douter qu'une évolution favorable est en cours. Ainsi, même si cet indicateur est imparfait, la consommation de morphine en France a été multipliée par 14 en dix ans. Mais le soulagement des patients reste insuffisant. Au-delà des structures spécialisées, la reconnaissance et la prise en charge de la douleur doivent impliquer l'ensemble des équipes soignantes.

Les mesures décidées au niveau politique doivent encore être suivies d'effet au niveau opérationnel, notamment en matière d'enseignement ; l'accessibilité des médicaments antalgiques efficaces (en particulier certains morphiniques) doit encore être améliorée. La reconnaissance du traitement de la douleur comme une priorité par les pouvoirs publics suscite des attentes auxquelles doit maintenant répondre l'allocation des moyens nécessaires. ■

Des références pour les pratiques, des centres spécialisés aux bonnes pratiques pour tous

Les consultations spécialisées ont pour but l'évaluation et le traitement des douleurs chroniques rebelles. Des critères de fonctionnement et d'évaluation de leur activité ont été proposés par l'Andem (novembre 1995). Ces critères distinguent les consultations, les unités et les centres d'évaluation et de traitement de la douleur : les unités permettent, en plus des consultations, l'accès à des lits spécialisés d'hospitalisation ; les centres ont une vocation régionale de référence et exercent obligatoirement une activité d'enseignement et de recherche ; tous doivent être constitués d'équipes multidisciplinaires. Mais le traitement de la douleur ne saurait se résumer à la mise en place d'équipes spécialisées. Toutes les équipes médicales doivent s'impliquer. L'American Pain Society recommande depuis 1991 l'application générale de « standards d'assurance qualité » pour le traitement de la douleur aiguë et de la douleur du cancer. Ces standards comportent la mise en œuvre de procédures pour améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur. L'application de ces procédures et leurs effets sur le soulagement des patients doivent être évalués régulièrement.

Les démarches d'assurance qualité en France sont encore relativement nouvelles dans le secteur de la santé. Une expérience en cours dans quatre cliniques de la Mutualité française porte sur le traitement des douleurs aiguës et des douleurs cancéreuses, en s'inspirant des standards de l'American Pain Society. Cette expérience doit servir de base à un programme généralisé.

François Larue

Médecin,
Institut mutualiste Montsouris, Paris

Alain Fontaine

Médecin de santé publique,
Faculté Bichat, Paris