

# Evaluation

du plan triennal \_\_\_\_\_

*de lutte contre la douleur*

---

## Synthèse

du Rapport réalisé à la demande  
de la Direction Générale de la Santé  
Ministère délégué à la Santé  
Ministère de l'Emploi et de la  
Solidarité



Cécile Lothon-Demerliac - Anne Laurent-Beq - Pauline Marec

• Octobre 2001 •

**C**ette évaluation est le résultat d'un travail réalisé de septembre 2000 à octobre 2001 par la Société française de santé Publique à la suite d'un appel d'offre de la Direction Générale de la Santé (DGS).

Cette évaluation a donné lieu a trois documents :

- un document qui présente tous les aspects de l'évaluation du plan triennal gouvernemental de lutte contre la douleur ;
- une synthèse qui porte plus spécifiquement sur les résultats et leur analyse ;
- un document abrégé qui ne présente que les résultats et les propositions.

Les analyses et les propositions émanent des résultats explicités dans le rapport complet.

Ce travail n'aurait pas pu aboutir sans de nombreuses collaborations. Que toutes les personnes qui nous ont consacré du temps, qui nous ont permis d'accéder à des données et qui nous ont apporté leur soutien, sans jamais appeler de contrepartie financière, en soient remerciées. Les nombreux échanges ont permis de mesurer à quel point les personnes sollicitées souhaitaient que la prise en charge de la douleur continue à être améliorée.

Nous remercions plus particulièrement :

Les membres du Comité Scientifique, l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin, l'Association Nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), l'Ecole Nationale de santé publique (ENSP), le laboratoire Aventis ainsi que tous les professionnels rencontrés en entretien et les médecins généralistes du Limousin ayant participé à l'enquête par questionnaire.

Par ailleurs, nous remercions la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) pour nous avoir permis de réaliser cette évaluation d'une façon garantissant la plus grande objectivité.

# Composition de la synthèse

**1<sup>re</sup> partie** : évaluation auprès des professionnels libéraux  
et dans les établissements

**2<sup>e</sup> partie** : évaluation auprès des consultants  
de structures "anti-douleur"

**3<sup>e</sup> partie** : consommation des antalgiques  
de formes orales (1996-2000)

**4<sup>e</sup> partie** : formation continue sur la douleur

# Sommaire

---

<b>Présentation générale.....</b>	<b>6</b>
<b><i>1<sup>re</sup> partie : évaluation auprès des professionnels libéraux et dans les établissements.....</i></b>	<b>8</b>
<b>Enquêtes qualitatives et quantitative : présentation.....</b>	<b>9</b>
Des professionnels libéraux aux profils variés, disponibles pour parler de la douleur.....	9
Enquête quantitative auprès des médecins généralistes libéraux du Limousin.....	9
Evaluation auprès de 14 établissements de soins.....	10
<b>Information.....</b>	<b>13</b>
Plan de lutte contre la douleur : le souvenir d'un plan médiatisé.....	13
Médias, laboratoires et formations, principaux vecteurs de l'information sur la douleur.....	13
Une information utile aux médecins et aux professionnels d'établissement, en décalage avec la pratique des infirmiers libéraux.....	14
<b>Formation.....</b>	<b>16</b>
Se former pour acquérir des connaissances et améliorer la prise en charge.....	16
Formations : quel contenu ?.....	17
<b>Évaluation de la douleur.....</b>	<b>18</b>
Utilisation des échelles visuelles analogiques.....	19
<b>Représentation de la douleur.....</b>	<b>21</b>
Contrairement à la douleur aiguë, la douleur chronique met patients et professionnels en difficulté.....	21
<b>Prévention : rôle des professionnels.....</b>	<b>23</b>
Prévention de la douleur aiguë.....	23
Prévention de la douleur chronique.....	23
<b>Traitement de la douleur.....</b>	<b>24</b>
Qui participe à la décision thérapeutique ?.....	24
Connaissance des paliers de la douleur de l'OMS.....	25
Vers une utilisation plus large des opioïdes : éléments facilitant ou freinant leur prescription.....	25
Ordonnances sécurisées.....	27
La dimension psychologique de la douleur est incontournable.....	28
Cas difficiles, situations d'urgence : quelles ressources ?.....	28
<b>Evolution de la prise en charge.....</b>	<b>31</b>
Émancipation des patients, ouverture des professionnels ou environnement favorable ?.....	31
Moyens mis en œuvre depuis 1998 pour prendre en charge la douleur.....	32
La douleur des soignants en question.....	34
<b>Obstacles généraux à la prise en charge de la douleur.....</b>	<b>35</b>
<b>Propositions des professionnels.....</b>	<b>36</b>
Formation et communication au centre des propositions d'amélioration.....	36
<b><i>2<sup>e</sup> partie : évaluation auprès des consultants de structures « anti-douleur »</i></b>	<b>38</b>
<b>Information et opinions des consultants sur leur prise en charge.....</b>	<b>39</b>
Les patients de consultations anti-douleur et leurs moyens d'information.....	39
Regards portés sur la prise en charge de la douleur.....	41

<b>3<sup>e</sup> partie : Consommation des antalgiques de formes orales (1996-2000).....</b>	<b>43</b>
<b>Evolution de la consommation des antalgiques .....</b>	<b>44</b>
L'offre est liée au prescripteur, à la demande du patient et à la politique du médicament en France.....	44
Quel partenariat avec les laboratoires pharmaceutiques ? .....	46
<b>4<sup>e</sup> partie : Formation continue des professionnels sur la douleur.....</b>	<b>48</b>
<b>Formations de l'ANFH et de l'ENSP .....</b>	<b>49</b>
La formation continue des praticiens libéraux sur la douleur.....	49
Formation par l'ENSP de directeurs, médicaux et cadres infirmiers.....	49
Formations recensées par l'ANFH (1996 à 1999) .....	50
Une offre multipliée par trois en quatre ans .....	50
Disparités importantes selon les régions.....	51
<b>Priorités dégagées.....</b>	<b>52</b>
De la façon dont sera présenté le plan dépendra en partie son succès .....	53
Propositions à partir de l'évaluation du plan 1998 - 2000 .....	55

## Présentation générale

---

Le plan triennal gouvernemental de lutte contre la douleur est articulé autour de quatre volets :

1. La prise en compte de la demande du patient
2. Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et dans les réseaux de soins
3. Le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur
4. L'information du public

Ce plan a été suivi de :

- La circulaire DGS/DH n°98/586 relative à la mise en œuvre du plan
- La circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles infirmiers de prise en charge de la douleur aiguë

Suite à un appel d'offre, la Direction Générale de la Santé a confié à la Société Française de Santé Publique<sup>1</sup> l'évaluation de ce plan triennal de lutte contre la douleur. L'évaluation a comporté 5 parties :

1. Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 8 médecins et 8 infirmiers de Lorraine tirés au sort suivie d'une enquête quantitative par un questionnaire envoyé aux 876 médecins généralistes libéraux du Limousin. Cent soixante questionnaires ont été exploités (taux de réponse : 18%).
2. Une enquête qualitative dans 14 services de 14 établissements tirés au sort parmi les établissements de soins publics, PSPH et privés à but lucratif situés dans le Limousin, en Lorraine et en Ile de France.
3. Une enquête par entretiens semi-directifs auprès de 35 consultants de quatre consultations parisiennes de lutte contre la douleur rebelle chronique.

---

<sup>1</sup> L'évaluation a été menée à la SFSP par :

Cécile Lothon-Demerliac : coordonnatrice de l'évaluation, sociologue, sage-femme  
Anne Laurent-Beq : conseillère technique, sociologue en santé publique  
Pauline Marec : chargée d'étude, sociologue

4. Une étude de l'évolution de la vente des antalgiques de formes orales de 1996 à 2000 à partir des statistiques de l'IMS (Informations Médicales et Statistiques).
5. Une étude de l'évolution de la formation continue des professionnels sur la douleur à partir des données de l'ANFH (Association Nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier) et de l'ENSP (Ecole Nationale de santé Publique).

Un comité scientifique a été chargé de l'appui technique à la construction du protocole définitif et des outils de recueil d'information ainsi que de la validation des résultats. Ce comité scientifique était composé de :

- Madame Sandrine Arlot, infirmière en cardiologie, CHU de Nancy
- Docteur Pierre Beck, médecin généraliste, Vandoeuvre-lès-Nancy
- Professeur Marc Brodin, professeur de santé publique, Faculté Xavier Bichat Paris, Président de la SFSP et de la Conférence Nationale de santé
- Docteur Ivan Krakowski, oncologue médical, Médecin des Hôpitaux et des Centres de lutte contre le cancer, Nancy
- Madame Dominique Olivier, infirmière au service des urgences adultes, CHU Nancy
- Madame Michèle Pernot-Flatters, infirmière, Mutualité des Vosges, Epinal
- Monsieur Jean-Pierre Pillon, délégué départemental de la ligue contre le cancer, Meurthe et Moselle
- Docteur Alain Serrie, anesthésiste, département de diagnostic et de traitement de la douleur, hôpital Lariboisière, Paris
- Docteur Franck Thollot, pédiatre, Essey-lès-Nancy
- Docteur Mariannick Verra-de Ren, psychiatre, CHS Nancy Laxou
- Docteur Jean-François Villard, gériatologue au centre de soins palliatifs de Thionville.

Le professeur Jean-Luc Nahël, anthropologue, Doyen de la faculté des Sciences Sociales de Rouen et pédopsychiatre a été également régulièrement consulté.

Le recueil d'information a eu lieu de décembre 2000 à juin 2001.

---

**1<sup>re</sup> partie : évaluation auprès des  
professionnels libéraux et dans les  
établissements**

---

## **Enquêtes qualitatives et quantitative : présentation**

---

Cette enquête a comporté trois phases :

1. Une étude qualitative auprès de médecins généralistes et infirmiers libéraux de Lorraine (décembre 2000 et janvier 2001).
2. Une étude quantitative auprès des médecins généralistes libéraux du Limousin (avril 2001).
3. Une étude qualitative auprès des professionnels et des patients d'établissements du Limousin, de Lorraine et d'Ile de France (mai - juin 2001)

### **Des professionnels libéraux aux profils variés, disponibles pour parler de la douleur**

Issus des quatre départements de Lorraine, les 8 médecins et 8 infirmiers, rencontrés à leur cabinet en entretien semi-directif, présentaient des modes d'exercices et des caractéristiques démographiques variées. Le peu de refus des professionnels, contactés par tirage au sort, et la durée des entretiens a permis un recueil d'information de qualité auprès de professionnels a priori plus ou moins engagés dans la prise en charge de la douleur des patients.

### **Enquête quantitative auprès des médecins généralistes libéraux du Limousin**

L'analyse des propos recueillis lors des entretiens a été complétée par les résultats d'une enquête par questionnaires. Ceux-ci ont été envoyés aux 876 médecins généralistes du Limousin répertoriés dans les pages jaunes de l'annuaire 2000 de France Télécom. Le Limousin était l'une des trois régions pilotes du plan de lutte contre la douleur pour la prise en charge de la douleur de la personne âgée et pour une formation spécifique des professionnels dans ce domaine.

Nous avons reçu 160 questionnaires exploitables soit un taux de réponse de 18,20%. Ce taux, supérieur aux retours généralement enregistrés lors de ce type d'enquête, ne nous permet néanmoins pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble

des médecins généralistes du Limousin ou de France. En effet, l'échantillon de l'enquête quantitative n'est pas constitué de médecins généralistes représentatifs de la moyenne nationale : même si la répartition homme/femme, l'âge moyen, le nombre d'actes effectués par jour révèlent des caractéristiques proches de la moyenne, le lieu d'exercice est plus rural et surtout ce sont des médecins plus habitués que la moyenne à échanger avec leurs confrères (activité salariée plus fréquente, formations collectives nombreuses, formation spécifique sur la douleur et/ou les soins palliatifs pour 60% ).

### **Evaluation auprès de 14 établissements de soins**

Le recueil d'informations s'est déroulé dans 14 services (de 14 établissements différents) situés dans le Limousin, en Lorraine et en Ile-de-France.

Un tirage au sort des établissements a été effectué à partir du fichier Finess en distinguant les établissements publics, les établissements privés à but lucratif et les établissements privés à but non lucratif (PSPH) : 3 publics, un PSPH et un privé à but lucratif ont été tirés au sort dans chacune des trois régions de l'évaluation. Les tailles des établissements et leurs situations géographiques sont très variables. Pour chaque établissement, un service a été retenu en fonction des spécialités listées par le comité scientifique.

Certaines spécialités ont été représentées 1 fois, d'autres 2 fois ; la répartition s'est faite au fur et à mesure des réponses positives des services.

Les services suivants ont été représentés<sup>2</sup> :

- ◆ Chirurgie digestive et/ou générale (2)
- ◆ Gériatrie Moyen séjour (1 Médecine, 1 Soins de suite)
- ◆ Maternité
- ◆ Oncologie médicale (2)
- ◆ Oncologie pédiatrique
- ◆ Pneumologie (court séjour)
- ◆ Psychiatrie
- ◆ Rééducation et réadaptation fonctionnelle neurologique

---

<sup>2</sup> Les services qui devaient figurer dans le recueil de données définis par le comité scientifique étaient les suivants : Chirurgie, Moyen séjour, Neurologie, Psychiatrie, Oncologie, Oncologie pédiatrique, Rééducation fonctionnelle, Rhumatologie, Traumatologie, Urgences. Le cahier des charges a été respecté même si nous aurions souhaité un service spécifique de neurologie. Une maternité privée a été retenue après de nombreux refus d'établissements privés dans une région.

- ◆ Rhumatologie
- ◆ Urgences orthopédiques et traumatiques
- ◆ Urgences pédiatriques

*Recueil de l'information :*

- Un dossier a été envoyé aux chefs des services dans lesquels se déroulait l'évaluation du plan douleur. Tous l'ont rempli exceptés le service de psychiatrie et la maternité. Deux chefs de service, proches de la retraite, ont délégué cette tâche à la surveillante. L'intérêt de ce dossier technique était de comprendre l'organisation officielle, exprimée par le chef de service, sur laquelle est basée la prise en charge de la douleur dans le service. Les chefs de service ont pu préciser leurs réponses en entretiens individuels, parfois collectifs.

- Treize entretiens ont eu lieu avec les directeurs et/ou les infirmières générales. Ces entretiens ont montré l'intérêt des institutions tirées au sort pour ce travail d'évaluation et le souci des administrations d'être associées à une telle démarche pour apporter leur point de vue.

- Des réunions ont systématiquement été proposées : huit entretiens collectifs d'une heure ont réuni de 4 à 14 professionnels soit 69 au total.

**Répartition des participants aux réunions par catégorie professionnelle**

<b>Catégories de professionnels</b>	<b>Ont participé aux réunions</b>
Chefs de service	3
Médecins	7
Surveillants	11
Kinésithérapeutes	2
Infirmiers	25
Aides-soignants/auxiliaires de puériculture	19
Elèves infirmières	2

- Douze infirmiers et 2 médecins ont été tirés au sort et interviewés individuellement avec l'assurance que leurs propos resteraient confidentiels. Les médecins présentaient des profils assez proches : jeunes, formés à la prise en charge de la douleur, arrivés depuis 1 à 2 ans dans le service. Les infirmiers présentaient des profils et des approches de la prise en charge de la douleur très différentes,

révélatrices de pratiques individuelles et collectives parfois éloignées. La formation continue dont ils bénéficiaient était très variable.

- L'enquête a permis de recueillir l'avis de 12 patients et de deux parents, qui ont acceptés d'être interviewés. Ils ont été tirés au sort parmi les patients que l'équipe jugeait aptes physiquement et psychologiquement à parler de leur douleur : 5 femmes, 7 hommes, la mère d'une enfant hospitalisée en oncologie pédiatrique ainsi que le père d'une enfant venue aux urgences pédiatriques. Les personnes avaient de 30 à 73 ans, toutes les classes d'âge étant représentées. Trois patients souffraient de douleurs cancéreuses, trois de douleurs chroniques et un d'une douleur psychogène. Sept patients souffraient de douleurs aiguës. Les propos sont restés confidentiels et anonymes.

#### *Analyses des données*

L'analyse des informations recueillies dans les établissements et auprès des libéraux a été qualitative : des tables de saisie ont été élaborées à l'aide d'un logiciel de traitement de données (Access) pour les dossiers techniques, les entretiens avec les professionnels et les patients tirés au sort. Les réunions, les entretiens avec les chefs de service et les représentants administratifs ont également fait l'objet d'une analyse de contenu.

L'analyse des données quantitatives s'est faite à l'aide du logiciel EPI Info version 6.

## Information

---

### Plan de lutte contre la douleur : le souvenir d'un plan médiatisé

La majorité des professionnels avaient le sentiment d'avoir déjà engagé une réflexion sur la prise en charge de la douleur. Ils ont parfois mal vécu la médiatisation du plan qui a pu être perçue comme une mise en accusation en ne reconnaissant pas suffisamment ce qui existait déjà.

*Le plan est connu par la majorité des professionnels :*

- Pour les médecins libéraux, c'est la façon dont ils en ont été informés qui leur laisse l'impression d'en avoir eu connaissance ou non. Plus l'information aura été personnalisée, plus le plan aura laissé un souvenir précis. La prise en charge thérapeutique est l'axe le mieux identifié par les professionnels libéraux mais ne semble pas suffisamment visible par tous, tout comme la prise en compte de la demande du patient. La formation et la prise en compte de la demande du patient le sont moins.
  
- Dans les services, le plan a clairement servi de « stimulateur » pour une prise de conscience collective sur la douleur et de ce qui s'y rapporte. Les mesures du plan n'ont pas été en contradiction avec les démarches en cours. Elles ont au contraire permis de légitimer les personnes « moteurs ».

### Médias, laboratoires et formations, principaux vecteurs de l'information sur la douleur

La très grande majorité des professionnels ont reçu de l'information sur la douleur ces trois dernières années :

- Pour les libéraux, les principales sources d'informations ont été les journaux spécialisés, la formation, les laboratoires. L'ANAES est cité comme source d'information sur la douleur par 1/3 des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.
- Les professionnels d'établissements ont plus de sources d'informations que les professionnels libéraux. Les principales sont les médias et la formation. Internet reste

peu utilisé. Certaines sources très peu ou pas citées par les professionnels libéraux (affiches, campagnes nationale, recommandations officielles) sont présentes dans les établissements.

Les informations destinées au grand public ont laissé peu de souvenirs excepté le slogan « la douleur n'est pas une fatalité ». Les professionnels estiment les patients de mieux en mieux informés d'une façon générale par les médias mais l'information du public n'est pas repérée comme partie intégrante du plan.

### **Une information utile aux médecins et aux professionnels d'établissement, en décalage avec la pratique des infirmiers libéraux**

Un infirmier d'établissement constate que « l'accumulation d'information finit par être payante ». Plus les services rencontrés sont dynamiques dans la prise en charge de la douleur, plus le nombre de sources d'informations consultées ou accessibles aux professionnels est élevé.

Parmi les 96% des médecins généralistes ayant reçue de l'information :

- ◆ 81% - formés ou non récemment sur la douleur et/ou les soins palliatifs - répondent que l'information a influencé leur pratique.
  - pour 65%, elle a entraîné l'utilisation de nouveaux produits ;
  - pour 61% d'entre eux, elle permet une prescription plus adaptée au type de douleur ;
  - pour 37%, elle permet des prescriptions mieux adaptées au type de pathologies
  - l'aspect relationnel arrive ensuite mais n'est pas négligeable puisque l'information a permis à 31% des répondants de connaître de nouvelles personnes référantes sur la douleur et pour 25%, elle a amélioré leur relation avec leurs patients.

Les médecins formés repèrent significativement un nombre plus élevé de changements dans leur pratique.

- ◆ 19% estime que l'information n'a pas influencé leur pratique. La principale raison est l'absence d'éléments nouveaux (14%). Seuls 3% jugent l'information reçue inadaptée.

L'information a permis une prise de conscience, individuelle mais aussi collective, de ce qu'est la douleur et des moyens d'action. Cette information semble à l'origine de changements importants dans la prise en charge thérapeutique par les médecins généralistes et dans les établissements.

## Formation

---

### Se former pour acquérir des connaissances et améliorer la prise en charge

Les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) ont développé un enseignement sur la prise en charge de la douleur qui est décrit comme de bonne qualité. Celui-ci intègre un contenu médical et des sciences humaines. Parallèlement, ce type d'enseignement pluridisciplinaire fait défaut dans les études de médecine et la formation continue ne semble pas permettre de combler cette lacune. Dans les établissements, l'écart se creuse encore : les infirmiers des services rencontrés ont plus bénéficié de formation sur la douleur que les médecins....

La moitié des professionnels libéraux et des professionnels d'établissement rencontrés ont suivi une formation en relation avec la prise en charge de la douleur depuis 1998. La démarche des infirmiers libéraux était motivée par un intérêt personnel alors que les médecins souhaitaient mieux répondre aux besoins de leurs patients, en particulier des personnes âgées et avaient le sentiment de ne pas avoir reçu une formation initiale suffisante.

Tous, excepté les infirmiers libéraux, estiment que les formations reçues ont entraîné des changements dans leur pratique.

Qu'ils aient reçu récemment ou non une formation sur la douleur, la raison principale incitant les médecins généralistes à participer à une formation consiste à approfondir leurs connaissances. La plupart des professionnels désirent bénéficier d'une formation sur la douleur ou approfondir celles qu'ils ont reçues : ils sont motivés par un besoin d'échanges de pratiques et d'informations sur les possibilités d'agir sur la douleur, notamment sur son aspect psychologique.

La raison principale de ne pas suivre ou approfondir une formation sur la douleur est l'impression d'avoir été suffisamment formé.

De façon significative, les médecins formés sur la douleur et/ou les soins palliatifs repèrent plus de changements dans leurs pratiques que leurs confrères « informés mais non formés récemment ».

## Formations : quel contenu ?

Il est particulièrement difficile d'évaluer le contenu et la spécificité des formations douleur compte tenu de l'hétérogénéité de l'offre. L'organisation de formations intercatégorielles est une priorité car elle permet de mettre en place un échange qui s'avère indispensable entre professionnels dans la prise en charge de la douleur.

Le contenu des formations doit être axé autour d'une approche technique mais aussi autour des alternatives à une prise en charge médicamenteuse et de la dimension sociale (représentation) et psychologique (accompagnement) de la douleur.

## Évaluation de la douleur

---

Presque tous les professionnels reconnaissent que leur évaluation de la douleur du patient est influencée par des caractéristiques de ce dernier telles que l'âge, l'origine socio-culturelle ....

On repère trois types de comportements :

- le professionnel évalue la douleur à travers le discours du patient mais il réinterprète ce discours en fonction de ses propres valeurs, de ses propres critères et non en fonction de ceux de son patient,
- le professionnel fait évaluer la douleur par son patient (notamment son intensité) à l'aide d'un outil d'évaluation puis réajuste les résultats,
- Le professionnel fait évaluer la douleur par son patient (notamment son intensité) et travaille à partir du résultat obtenu.

Pour les professionnels libéraux, la douleur est définie comme subjective à la fois pour le professionnel et pour le patient : encore plus que pour les professionnels des établissements, l'évaluation devient une question d'expérience et de connaissance du patient.

Contrairement aux réponses données lors des entretiens, la grande majorité des médecins généralistes de l'enquête quantitative répondent que l'intensité de la douleur peut être évaluée de façon fiable. Les compétences sont plus ou moins reconnues aux évaluateurs potentiels : 74% des répondants ont confiance dans leur capacité à évaluer de façon fiable l'intensité de la douleur de leurs patients et 70% accréditent l'auto-évaluation de la douleur. Les médecins formés sont significativement plus nombreux à penser que la douleur est évaluable à la fois par le médecin, par les paramédicaux et par les patients. Les compétences de professionnels paramédicaux à ce sujet sont nettement moins reconnues par les médecins non formés.

## Utilisation des échelles visuelles analogiques

- Les réglettes données par les laboratoires ne sont pas utilisées par les professionnels libéraux rencontrés, probablement du fait d'une information/formation insuffisante sur la possibilité et l'intérêt d'évaluer la douleur à l'aide d'un outil.

- Les résultats sont très différents dans l'enquête quantitative : 69% des médecins généralistes libéraux disposent d'une réglette. Parmi eux, 86% ont reçu de l'information sur son utilisation et 84% l'utilisent. La réglette n'est pas arrivée dans tous les cabinets médicaux libéraux, mais lorsqu'elle a été donnée, elle a été accompagnée d'information et est utilisée, d'autant plus que le médecin aura été formé récemment sur la douleur et/ou les soins palliatifs.

L'outil d'évaluation est avant tout une aide en cas de difficulté du professionnel à évaluer la douleur de son patient.

- Dans les établissements, les professionnels possèdent généralement des réglettes. La décision d'évaluer la douleur avec une échelle visuelle analogique (EVA) revient aussi bien aux infirmiers qu'aux médecins. Puis en pratique, ce sont essentiellement les infirmiers qui proposent aux patients d'évaluer leur douleur et qui manipulent l'EVA.

Deux situations se rencontrent : des services dans lesquels, les chefs sont indifférents à l'EVA et d'autres dans lesquels ils sont engagés pour une évaluation utile et régulière de la douleur. Parmi les patients rencontrés, ceux des services d'oncologie et de rhumatologie avaient auto-évalué régulièrement leur douleur. L'utilité de cette évaluation leur apparaissait nettement lorsque le traitement anti-douleur avait apporté un résultat satisfaisant.

L'introduction des EVA est une véritable source de changement des pratiques pour toutes les catégories de professionnels. Elle nécessite un accompagnement important. La simplicité apparente de la réglette est trompeuse : comprendre son objectif et son utilité n'est facile ni pour les patients, ni pour les soignants. Son intérêt est alors remis en cause : cet instrument de mesure n'a souvent pas la crédibilité suffisante lui permettant de donner des mesures de référence. Les soignants formés de façon approfondie pas seulement à l'utilisation de l'outil mais à

la compréhension de la douleur sous ses différentes facettes perçoivent l'utilité d'effectuer régulièrement des mesures. Les autres, non. Par ailleurs, l'évaluation demande au soignant de recueillir une information qui sera examinée avec un délai par le médecin. Or l'évaluation systématique de la douleur fait intervenir « l'affect du soignant » qui doit alors gérer cette émotion, y compris quand il n'y est pas disposé. C'est bien une constante très différente de la tension artérielle ou de la température...

Les méthodes d'hétéro-évaluation spécifiques à la douleur sont dans l'ensemble très peu connues et très peu utilisées, excepté dans les services d'oncologie. Le seul autre outil d'évaluation, cité spontanément, que certains professionnels utiliseraient, s'ils en avaient la possibilité, est doloplus.

## Représentation de la douleur

---

Le discours des patients et des soignants sur la douleur donne les points de repère suivants pour poursuivre la réflexion :

- ◆ Le contexte culturel autour des représentations de la douleur a changé favorisant le passage d'une douleur rédemptrice à une douleur qu'il faut traiter.
- ◆ La définition de la douleur utilisée dans la pratique désigne trop souvent uniquement la douleur physique. Patients et soignants insistent sur la nécessité d'intégrer la dimension psychologique de la douleur à cette définition.
- ◆ Les patients ont des expériences singulières de la douleur. Ils la disent ou la nient, l'intègrent ou la rejettent, lui donnent ou non un sens dans l'histoire de leur maladie.
- ◆ La douleur reste pour certains patients et professionnels un indicateur : symptôme ou conséquence nécessaire vers la guérison, besoin de se sentir vivant. Cette représentation constitue un obstacle à la prise en charge.
- ◆ La douleur des patients ne peut faire l'objet d'une prise en charge efficace sans la reconnaissance de la souffrance des soignants.

### **Contrairement à la douleur aiguë, la douleur chronique met patients et professionnels en difficulté**

La douleur chronique est définie par sa durée mais surtout par son caractère omniprésent et obsédant. C'est une douleur qui s'est installée parce qu'on n'a pas pu, pas su ou pas voulu la calmer. Elle est plus ou moins intense, multifactorielle, ne quitte plus le patient qui doit vivre avec même s'il y a des moments d'accalmie. Elle empoisonne sa vie. Elle a des répercussions sur l'équilibre psychologique du patient et sur ses relations avec son entourage.

Les professionnels définissent la douleur aiguë comme une douleur soudaine, intense, qui peut être plus ou moins longue mais qui ne va pas persister. Elle n'a souvent qu'une seule cause, est calmée par les antalgiques. Elle est plus facile à

prendre en charge que la douleur chronique, ou paradoxalement, plus facile à négliger : « ça fait mal et ça passe ».

La position du professionnel de santé est difficile face aux douleurs chroniques qui résistent aux antalgiques et le mettent souvent en situation d'échec ; elle est beaucoup plus facile avec les douleurs aiguës pour lesquelles les thérapeutiques sont le plus souvent efficaces.

## Prévention : rôle des professionnels

---

### Prévention de la douleur aiguë

Dans la moitié des services, les infirmiers et/ou les internes ont la possibilité de recourir à des documents écrits et officiels pour prévenir la douleur des patients. La prévention évoquée concerne essentiellement la douleur physique, provoquée par un acte ou un geste des professionnels.

Les questionnaires ont permis de mettre à jour une pratique préventive de la douleur par les médecins généralistes, notamment avec la prescription d'antalgiques lors de soins douloureux et de mobilisations, moins fréquemment pour les gestes douloureux.

### Prévention de la douleur chronique

La prévention de la douleur chronique ne semble possible que dans un contexte de disponibilité des professionnels car celle-ci nécessite :

- d'informer des possibilités de soulagement qui existent,
- d'être à l'écoute du patient, d'évaluer sa plainte,
- de travailler en équipe,
- de bien traiter une douleur aiguë,
- d'évaluer systématiquement la douleur d'un patient qui présente une pathologie chronique en intégrant une analyse du contexte psychologique et familial.

En matière de prévention de douleur chronique, le rôle du médecin et celui de l'infirmier sont clairement différenciés mais les réponses se situent essentiellement sur le plan curatif et non préventif :

- Les réponses des infirmiers libéraux mettent en avant d'une part leur sentiment d'impuissance et d'autre part leur rôle de conseiller même si celui-ci n'est pas vraiment défini ni reconnu.
- Les médecins sont conscients de leur place stratégique auprès de patients qu'ils sont amenés à suivre et de l'importance du dialogue qu'ils arriveront à instaurer.

## Traitement de la douleur

---

### Qui participe à la décision thérapeutique ?

#### *En libéral*

La prescription d'un traitement antalgique découle de la façon dont le médecin perçoit son patient, de l'évaluation de la douleur et l'efficacité des traitements antérieurs. Médecins et infirmiers libéraux mettent au cœur de la prise en charge de la douleur le dialogue instauré qui doit permettre l'expression des patients et la prise en compte des problèmes en relation avec leur douleur.

Mais face à cette dimension psychologique de la douleur, la position du prescripteur reste plus facile que celle de l'infirmier dont les gestes peuvent être douloureux pour le patient. Les réponses apportées par les infirmiers reflètent un investissement personnel réel qui aurait probablement besoin d'être soutenu par une réflexion plus approfondie sur l'attitude du soignant libéral face à un "patient douloureux".

63% des médecins de l'enquête quantitative prescrivent systématiquement des antalgiques en cas de douleurs cancéreuses, environ 40% pour les pathologies chroniques telles que l'arthrose douloureuse. Pour celles-ci les prescriptions sont autant le résultat d'une pratique systématique qu'une réponse à une demande du patient.

#### *Dans les établissements*

La différence du rôle attribué aux infirmiers entre la prévention, l'évaluation et la mise en place d'une thérapeutique sont très révélatrice : dans aucune situation, il ne s'agit pour l'infirmier de faire une prescription (il ne s'agit donc pas d'usurper le rôle du médecin), mais de participer à la décision d'une prise en charge préventive ou thérapeutique ou d'un suivi. Les réponses des chefs de service montrent que ce rôle leur semble à presque tous légitime au niveau de l'évaluation et de la prévention, beaucoup moins au niveau curatif qui reste pour la moitié d'entre eux une prérogative exclusivement médicale. Cette exclusion entraîne une frustration importante chez les infirmiers libéraux lorsqu'ils sont amenés à côtoyer régulièrement des patients douloureux pour lesquels ils savent que des traitements antalgiques existent.

Par ailleurs, seul 1 service sur 3 a instauré des moments spécifiques permettant de réfléchir et d'organiser en équipe la prise en charge de la douleur.

### **Connaissance des paliers de la douleur de l'OMS**

La connaissance des paliers de l'OMS par les professionnels des établissements est indépendante des formations reçues sur la douleur et semble variable d'un infirmier à l'autre. C'est le manque de connaissances des médecins dans l'utilisation des antalgiques de niveau 3 qui a le plus souvent été mis en cause par les infirmiers et les chefs de service.

Par contre chez les libéraux, les médecins formés sur la douleur ont connaissance des recommandations de l'OMS sur les antalgiques (pour un seul des 4 médecins n'ayant pas reçu récemment de formation dans ce domaine). La plupart des infirmiers libéraux n'en ont pas entendu parlé (ou n'en ont pas le souvenir).

### **Vers une utilisation plus large des opioïdes : éléments facilitant ou freinant leur prescription**

#### *En libéral*

La plupart des infirmiers libéraux (7/8) et la moitié des médecins (4/8) reconnaissent l'existence de freins pour l'utilisation des opioïdes. Les réponses des infirmiers n'ont pas la même tonalité que celles des médecins. Ces derniers mettent en avant leur mode d'utilisation "large mais appropriée" des antalgiques de niveau 3. Les médecins évoquent essentiellement des freins de la part des patients du fait des images que ceux-ci associent aux opioïdes. Les infirmiers libéraux insistent, eux, sur les grandes disparités existant entre les médecins et le fait que très souvent les opioïdes sont réservés aux derniers jours de vie même s'ils citent des situations de douleurs intenses où certains médecins les utilisent également.

La grande majorité (92%) des médecins généralistes de l'enquête quantitative répondent prescrire les opioïdes dans les situations de fin de vie souvent ou systématiquement.

L'enquête quantitative précise les freins les plus importants et permet de classer les éléments facilitant la prescription d'opioïdes : c'est la prise en compte du patient dans

sa globalité, à travers la prise en compte de sa demande et la volonté d'améliorer sa qualité de vie, qui incite le plus fortement à prescrire. Le rôle de la famille et celui des paramédicaux sont également importants puisqu'ils sont cités par la moitié des médecins.

#### *Dans les établissements*

- Les antalgiques de niveau 1 sont donnés en première intention lors d'une plainte ou avant un geste douloureux. L'accord du médecin est formalisé avant ou après la prise de l'antalgique par le patient. Seuls 3 services sur 14 disent utiliser des protocoles pour antalgiques de niveau 1.
- Les antalgiques de niveau 2 sont essentiellement utilisés lorsqu'il y a plainte du patient qui doit dans certains services être associée à une EVA et/ou à la demande de l'infirmier. Mais l'évaluation avec un outil est loin d'être une condition requise pour la prescription (4 services sur 14). Il doit toujours y avoir une prescription médicale même lorsqu'il existe un protocole.
- Les antalgiques de niveau 3 sont utilisés sur prescription médicale pour des douleurs très intenses. Des protocoles existent et peuvent être mis en place par des infirmiers dans le cas de crises drépanocytaires, de mucites par exemple (service des urgences et d'oncologie).

De nombreux freins à l'utilisation d'antalgiques de niveau 3 ont été identifiés. Ils existent chez tous les acteurs, médecins, soignants, famille et patients : manque de connaissances des produits, représentations associées (fin de vie, gravité de la pathologie...), peur d'une dépendance, du surdosage, des effets secondaires...

Toutes ces raisons ont été citées comme freins directs à l'utilisation d'antalgiques de niveau 3. Mais de nombreux autres freins pratiques ont été identifiés :

- absence de lieux de stockage des produits;
- AMM (autorisations de mise sur le marché) pas toujours adaptées aux situations rencontrées ;
- durées de prescription ne concordant pas avec les situations concrètes ;
- difficulté pour tenir à jour la comptabilité de la morphine per-os ;
- morphiniques non disponibles en pharmacie lors de la sortie des malades.

Aucun service ne s'est plaint d'un manque de pompe d'auto-analgésie. Ceux qui souhaitent s'en munir ont eu la possibilité de le faire. Mais d'autres méthodes sont

parfois préférées, le contrôle de l'analgésie laissé au patient ne semblant pas toujours une solution adaptée...

Les patients des services ont tous pu citer un ou plusieurs moyens mis en œuvre pour les soulager. Les trois quarts disent avoir eu de la morphine et en sont satisfaits. Lorsqu'ils parlent de leur expérience de la douleur, leur vécu psychologique de cette douleur et le soutien nécessaire restent au centre de leur discours, qu'ils aient été ou non soulagés par les thérapeutiques employées.

Par ailleurs, un changement des pratiques dans la prise en charge de la douleur nécessite parfois de reconnaître que, pendant des années, les pratiques ont entraîné de la souffrance.

### **Ordonnances sécurisées**

Une courte majorité des médecins libéraux (59%) estime que les ordonnances sécurisées ont facilité la prescription d'opioïdes. Avoir été formé récemment ou non sur la douleur et/ou les soins palliatifs n'influence pas significativement les réponses sur les ordonnances sécurisées. Il est certainement dommage que cette mesure ait entraîné pour les médecins libéraux des frais supplémentaires. Des différences régionales existent très certainement en fonction de l'accueil que les Conseils de l'Ordre régionaux ont réservé à ces ordonnances.

Dans les établissements, la mise en place des ordonnances sécurisées est jugée favorablement. Les freins se situent à d'autres niveaux et des problèmes de prise en charge des patients persistent à la sortie des établissements.

## **La dimension psychologique de la douleur est incontournable**

Pour la prescription d'un traitement antalgique, la façon dont le médecin perçoit son patient compte autant que l'évaluation de la douleur et de l'efficacité des traitements antérieurs. Médecins et infirmiers mettent au cœur de la prise en charge de la douleur le dialogue instauré qui doit permettre l'expression des patients et la prise en compte des problèmes en relation avec leur douleur.

Cette prise en charge psychologique, le temps et les compétences qu'elle requiert, doivent être appréhendés à leur juste valeur. Pour cela, la présence de spécialistes paraît nécessaire mais aussi et surtout une formation de qualité pour tous les professionnels sur l'aspect relationnel de la prise en charge.

Les questions de « la souffrance psychologique » et du confort du malade ont été évoquées spontanément dans tous les services. Les patients douloureux connaissent souvent un inconfort physique global plus diffus et une souffrance psychologique. Les professionnels souhaitent que ces questions aient leur place dans les prochaines mesures gouvernementales. La question du temps passé auprès du malade est fondamentale mais n'est pas prise en compte dans les PMSI.

## **Cas difficiles, situations d'urgence : quelles ressources ?**

### *En libéral : trouver un interlocuteur*

En libéral, les infirmiers éprouvent des difficultés à trouver leur place par rapport à la prescription médicamenteuse : lorsque le traitement ne soulage pas le patient, ils sont les témoins, parfois quotidiens, de la douleur du patient. Les infirmiers exerçant en milieu rural ont plus de facilités pour contacter le médecin traitant d'un patient pour lequel le traitement antalgique leur semble inadapté : à la campagne, le nombre plus réduit d'interlocuteurs permet de recréer un travail en "équipe". C'est l'accueil que le médecin réserve à leurs remarques qui autorise ou non l'initiative des infirmiers à les contacter. De même, les médecins rencontrés apprécient l'accueil que leur réserve les centres anti-douleur ou des confrères de services hospitaliers. Mais l'attente d'un soulagement rapide est souvent déçue pour le patient et parfois par son médecin.

La majorité (70%) des répondants de l'enquête quantitative disent connaître un moyen d'information lors de difficultés à prendre en charge la douleur, le premier moyen identifié est une structure anti-douleur, le second, un service hospitalier. Ces deux ressources sont significativement plus connues des professionnels récemment formés sur la douleur et/ou les soins palliatifs.

*En établissement : élaboration et utilisation des protocoles infirmiers*

La mise en place des protocoles infirmiers reconnus et utilisés en tant que tels s'est faite après un travail de réflexion en équipe, réunissant exclusivement des médecins, des surveillants et des infirmiers.

Les raisons invoquées pour rejeter les protocoles sont les suivantes :

- donner un antalgique nécessite de faire un diagnostic ;
- une réaction allergique ne peut pas être repérée avant la mise en place du protocole ;
- ils sont difficiles à appliquer car ils comportent un risque que l'infirmière peut avoir peur de prendre ;
- protocoliser revient à standardiser alors que la douleur est perçue comme différente en fonction de chacun : un tiers des chefs de service et la moitié des professionnels rencontrés en entretiens ont motivé l'absence de protocole de soins par la nécessité d'adapter les traitements «à la demande » et de personnaliser la prise en charge de la douleur ;
- les protocoles reviendraient pour le médecin à « donner le bébé aux infirmières et à ne plus s'occuper des patients » (parole de médecin, référent douleur).

L'utilisation des protocoles rencontre des difficultés. Celles-ci ne sont surmontées que si chaque professionnel, individuellement , **et** le service, collectivement, sont convaincus à la fois de leur utilité et de la capacité des infirmiers à les appliquer. Par ailleurs, la question de l'utilisation des protocoles infirmiers pour la douleur nécessite d'effectuer une démarche volontaire de la part de l'infirmier dans la reconnaissance de la douleur du patient et d'organiser son travail de façon à mettre en œuvre une thérapeutique dont le service le reconnaît capable et lui a confié la mission. A ce sujet et à titre d'exemple, les difficultés à utiliser la crème Emla avec les enfants sont révélatrices.

Certains services ont mis en place avec succès des protocoles infirmiers pour la douleur. Mais cette mise en place d'un protocole utilisable par l'infirmier soulève encore bien des questions dont celles du transfert de responsabilité et de l'organisation du travail.

De nombreuses étapes doivent obligatoirement avoir lieu afin de savoir pour chaque service :

- à quoi peut servir pour le patient un protocole infirmier de prise en charge de la douleur aiguë,
- en quoi il ne lèse pas fondamentalement le rôle du médecin,
- en quoi les infirmiers ont les capacités pour les utiliser.

A défaut de répondre à ces questions et de mener une réflexion **service par service**, les protocoles ne verront pas le jour ou ne seront pas utilisés.

## Evolution de la prise en charge

---

### Émancipation des patients, ouverture des professionnels ou environnement favorable ?

Indiscutablement, l'offre thérapeutique et l'information dont disposent les patients font évoluer leur demande. Le slogan «la douleur n'est pas une fatalité» a marqué les esprits... mais l'appropriation de l'information reste encore très inégale en fonction des caractéristiques socioculturelles des patients.

Les patients paraissent plus exigeants aux professionnels, estiment que souffrir n'est plus quelque chose de normal et sont informés que des moyens efficaces existent ; en conséquence, ils attendent une prise en charge complète et immédiate de leur douleur. Cette attitude n'est pas toujours bien vécue par les professionnels qui n'ont pas toujours de réponse miracle à proposer. Néanmoins certains sont conscients de la nécessité de l'existence d'une demande des patients pour faire évoluer les pratiques des professionnels, d'autant plus qu'ils ont à leur disposition des produits plus efficaces.

Il semble que la médiatisation dont a fait l'objet la douleur ait permis de libérer la parole : on en parle... Le discours des professionnels montre une réelle volonté de faire évoluer la pratique et un accueil très favorable aux nouvelles technologies à condition que la maîtrise leur en revienne.

Mais lorsque le professionnel reste fermé à la prise en charge de la douleur, le patient se trouve dans une position d'infériorité encore plus marquée. La demande ne pourra s'exprimer que dans un contexte favorable où le patient perçoit une disponibilité des professionnels, particulièrement du médecin.

## Moyens mis en œuvre depuis 1998 pour prendre en charge la douleur

### *En libéral*

Les médecins généralistes libéraux estiment que l'évolution de la prise en charge de la douleur de leurs patients vient essentiellement de l'augmentation de la demande des patients et des réponses technologiques à disposition [et donc de l'information dont patients et professionnels ont bénéficié].

Mais seulement un tiers des répondants au questionnaire estime que la demande des patients a évolué depuis 1998, 2/3 pensent qu'elle est identique ou n'émettent pas d'opinion.

Les médecins reconnaissent essentiellement aux professionnels paramédicaux un rôle de relais entre le médecin et le patient les amenant à ajuster la prise en charge de la douleur. Mais les professionnels récemment formés sur la douleur et/ou les soins palliatifs accordent significativement plus d'importance aux explications susceptibles d'être données par les infirmiers libéraux.

### *Dans les établissements*

L'évolution provient d'un travail d'équipe, de la mise en place d'une évaluation de la douleur, de l'évolution des thérapeutiques de la part de professionnels formés et motivés.

Ces réponses montrent à quel point l'évolution de la prise en charge n'est pas due à une mesure particulière mais résulte de la convergence de multiples actions de la part de tous les professionnels et de l'information reçue. Lorsque les échanges ou la communication sont entravés, la prise en charge de la douleur en est directement affectée.

L'attitude du chef de service dans l'application du plan est primordiale. Les évolutions significatives d'une équipe ne sont possibles que si les médecins et en particulier le chef de service sont engagés dans cette prise en charge.

La mise en place de cellules spéciales (CLUD...), l'arrivée de nouveaux professionnels doivent absolument être préparées, particulièrement entre les différents chefs de service et les anesthésistes. Cela peut impliquer des mises en place un peu plus longues et laborieuses mais que l'efficacité future compensera largement.

Chaque agent du personnel des services est un maillon important dans la mise en œuvre des mesures de prise en charge de la douleur. Les changements de pratique entraînés sont plus ou moins bien perçus en fonction des professionnels. La hiérarchie doit donc trouver les moyens, lorsque cela s'avère nécessaire, d'impulser des prises de conscience individuelles. Le blocage vient parfois de la hiérarchie. Les mesures doivent alors prendre en compte cette éventualité afin d'inclure des moyens d'atteindre les objectifs fixés.

*Les évolutions décrites sont dues selon les professionnels*

- Aux formations reçues et proposées à tous (médecins, infirmiers, aides-soignants). Ces formations permettent de connaître ce qui existe, de maîtriser les traitements.
- A l'ambiance générale qui fait que l'on parle de la douleur dans le service. Par ailleurs, la part psychologique de la douleur ne peut être prise en compte que s'il existe une bonne communication orale dans le service. Les professionnels ont conscience que cette prise en charge nécessite des compétences particulières pour lesquelles ils regrettent de ne pas être assez formés.
- pour un établissement privé, bien prendre en charge la douleur permet de faire concurrence à l'établissement public voisin.

*Perception des professionnels de la qualité de la prise en charge*

Les professionnels ont une perception d'autant plus positive de la prise en charge de la douleur qu'il existe une bonne communication entre patients et professionnels et entre professionnels. Tous doivent avoir été formés à la prise en charge de la douleur :

- Le patient sait qu'il peut solliciter une équipe sensibilisée au problème de la douleur.
- Le personnel soignant doit pouvoir faire appel à un médecin donnant une réponse rapide. Le fait d'avoir un médecin sur place est favorable à cette prise en charge à condition de pouvoir le « déranger » pour cause de douleur.

*Perception des patients de la qualité de leur prise en charge*

L'impression générale des patients sur la prise en charge de la douleur dans les services est plutôt positive. Elle est d'autant plus positive qu'ils ont l'impression

d'avoir été écoutés et leur plainte entendue. Les interlocuteurs que les patients privilégient sont aussi bien un membre de l'entourage, un médecin, des infirmiers ou un kinésithérapeute. La distance existant avec le corps médical (et matérialisée par des visites pas toujours propices à la discussion ou par un langage technique), la charge de travail des infirmiers et la peur de ne pas être cru rendent les interlocuteurs potentiels parfois peu accessibles. Ils sont alors sollicités quand le patient ne peut plus faire face seul à sa douleur.

Lorsque des propositions sont faites par les patients sur des améliorations possibles, elles concernent la demande de dialogue, la prévention de la douleur, la nécessité de poursuivre la prise en charge après l'hospitalisation.

### **La douleur des soignants en question**

Les professionnels constatent que la prise en charge de la douleur est possible grâce à un travail d'équipe (d'où l'importance d'une formation sur la douleur pour toute l'équipe) : CLUD, projet infirmier, réunion etc. font que les professionnels ont tous progressivement un rôle actif. Dans leur pratique, ils repèrent plus facilement la douleur, la traitent plus facilement : l'infirmier ose plus demander une prescription ou rentrer dans une chambre d'un patient qui souffre. La douleur fait moins peur, «on sait qu'il y a quelque chose à faire», elle n'est plus normale.

Reconnaître la douleur des patients et la souffrance des familles implique de reconnaître individuellement celle de chaque professionnel et collectivement celle des équipes. Cela demande de trouver dans chaque service un moyen de la prendre en charge. Certains reconnaissent «se réfugier» dans la technique. On peut certainement trouver là, l'une des origines du déni de la douleur si fréquemment pointé du doigt. La douleur des professionnels doit être reconnue, épaulée, notamment dans les services accueillant les pathologies les plus lourdes.

## Obstacles généraux à la prise en charge de la douleur

---

Outre les obstacles précédemment décrits concernant un aspect spécifique de la prise en charge de la douleur, des obstacles généraux ont été relevés par les professionnels rencontrés :

- la difficulté à établir des liens cohérents et productifs entre établissements et entre médecine hospitalière et médecine de ville,
- les contraintes financières ou de personnels,
- le manque de formation des médecins,
- l'appréhension des médecins ou des infirmiers à manier les produits,
- le rôle mal défini de l'infirmier libéral.

Mais certains médecins et infirmiers, plutôt que de souligner les difficultés ont au contraire exprimé leur satisfaction devant une prise en charge de la douleur qui s'améliore.

## Propositions des professionnels

---

### Formation et communication au centre des propositions d'amélioration

Développer la formation et l'information permettrait de valoriser et d'optimiser la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse. Pour cela, il est nécessaire :

- D'améliorer la formation initiale des médecins ainsi que la formation continue - à la fois sur les connaissances et sur l'aspect relationnel de la prise en charge de la douleur - . Cette formation paraît encore à beaucoup insuffisante.
  
- De poursuivre le travail d'amélioration de la prise en charge de la douleur mais en reconnaissant l'engagement actuel de nombreux professionnels de terrain. Ces améliorations doivent essentiellement s'appuyer sur un travail de partenariat entre les professionnels de santé et sur la suppression des dysfonctionnements recensés (harmoniser les prescriptions des antalgiques forts, permettre leur accessibilité par exemple).
  
- Que les centres anti-douleur deviennent de véritables points de rencontre et de réflexion sur la prise en charge de la douleur des patients. Des liens doivent être créés ou renforcés avec les praticiens libéraux. Les délais d'attente du premier rendez-vous ne doivent pas être trop longs.

Les professionnels proposent de :

- continuer à valoriser toutes les étapes de prise en charge de la douleur, les actions réalisées ainsi que les professionnels concernés ;
- former sur la douleur les médecins ainsi que tous les professionnels qui ne l'ont pas encore été ;
- avoir des équipes de formateurs qui se déplacent ;
- améliorer la communication entre les professionnels libéraux et hospitaliers et entre professionnels de différents établissements ;

- réduire les délais d'attente aux consultations anti-douleur et plus orienter les patients vers ces consultations ;
- développer les solutions non - médicamenteuses comme l'écoute, la présence ; que ceci soit pris en compte dans l'évaluation de l'activité des professionnels.
- continuer à informer patients et médecins sur les thérapeutiques ;
- rendre plus accessibles les opioïdes, que ce soit dans les officines privées ou dans les établissements.
- Etre vigilant pour être sûr que cette évolution continue et ne retombe pas.

---

**2<sup>e</sup> partie : évaluation auprès des  
consultants de structures « anti-  
douleur »**

---

## Information et opinions des consultants sur leur prise en charge

---

L'analyse est basée sur un corpus de 35 entretiens individuels semi-directifs, réalisés au sein des 4 consultations anti-douleur d'établissements parisiens.

Les entretiens se sont déroulés avec des personnes volontaires, juste avant ou après leur consultation, et avec l'accord du chef de service.

Ces entretiens devaient permettre de savoir :

- de quelles informations ont bénéficié les consultants
- le regard qu'ils portent sur la prise en charge dont ils ont bénéficié en structure anti-douleur
- quelles sont leurs connaissances sur la douleur en général et sur la douleur chronique en particulier, le but étant de savoir comment sont véhiculées ces connaissances scientifiques auprès du grand public.

L'échantillon, à majorité féminine a une moyenne d'âge de 57 ans et se compose de personnes ayant plus ou moins d'ancienneté dans leur fréquentation d'une structure anti-douleur. la moitié des entretiens ont eu lieu avec des "consultants suivi depuis moins de 6 mois", la moitié avec des "consultants suivi depuis plus de 6 mois".

### Les patients de consultations anti-douleur et leurs moyens d'information

Deux niveaux d'information peuvent être distingués :

- Un niveau général, concernant l'existence des structures de prise en charge de la douleur, leur rôle et leur fonctionnement.
- Un niveau individuel, permettant aux consultants de comprendre leur propre douleur. Cette compréhension passe par la reconnaissance de la douleur du patient accompagnée d'informations adaptées à chaque situation.

#### *Connaissances de l'existence et du fonctionnement des structures*

En région parisienne, l'information générale sur l'existence des structures de prise en charge de la douleur, semble insuffisante. Pour l'instant, elle circule surtout par le bouche à oreilles, les médias et les professionnels hospitaliers. La question de

l'information sur l'existence des structures de prise en charge de la douleur paraît indissociable de celles relatives à leur accès. Les difficultés rencontrées par certains, à savoir la reconnaissance préalable de la douleur chronique par les professionnels et le délai de rendez-vous, freinent l'accès aux consultations.

L'information concernant les structures de prise en charge de la douleur doit avant tout être diffusée en amont, lors des visites à l'hôpital, chez les médecins généralistes ou libéraux. Ces derniers pourraient probablement être des relais efficaces mais cela passe par la place qu'ils accordent à la plainte du patient, l'analyse qu'ils en font, par la connaissance et/ou les contacts qu'ils ont avec les structures de prise en charge de la douleur. Devant la résistance de certains médecins à accepter ce moyen de prise en charge pour leurs patients, la collaboration entre la structure et les médecins généralistes ainsi que les canaux d'information des patients sur l'existence des structures doivent faire l'objet d'une réflexion particulière.

De plus, si une meilleure communication permet à de nombreux autres patients douloureux chroniques de connaître l'existence de ces consultations, les délais de rendez-vous risquent d'être encore plus longs. L'organisation des consultations et leur accès doivent alors faire l'objet d'une évaluation pour préciser si leur nombre et leur mode de fonctionnement correspondent à des critères optimaux.

#### *Informations personnalisées des patients sur la douleur*

Alors que 17 consultants déclarent n'avoir jamais reçu d'informations sur la douleur et 26 ne pas avoir eu de documentation, la majorité des consultants estiment avoir été suffisamment informés sur leurs douleurs. Selon eux, informer doit permettre l'évolution du regard que porte la société sur la douleur : respecter les personnes qui souffrent, écouter la douleur, aider à la combattre. Mais l'information sur la douleur, lorsqu'elle est trop générale, ne leur parle pas suffisamment car elle est déconnectée de leur propre situation. Ce qui les intéresse surtout, c'est l'origine de leur mal et les moyens de l'éradiquer. Les informations diffusées par les médias sont retenues par le patient lorsqu'elles ont un rapport direct avec sa situation personnelle. Aucun enquêté ne connaît le site Internet ou le service Minitel du Ministère de la santé.

Les termes employés par les enquêtés pour désigner les étiologies de leurs douleurs témoignent de connaissances très approximatives sur la pathologie qui les amène à consulter. Nous avons également demandé aux enquêtés de définir la douleur chronique pour voir ce que le corps médical avait pu leur en dire et ce qu'ils en avaient retenu :

- 4 enquêtés ne connaissaient pas l'expression "douleur chronique" : 3 d'entre eux sont d'origine étrangère et ne parlent pas bien le français, le quatrième est une personne âgée.
- Tous les autres enquêtés ont donné leur définition de la douleur chronique. Loin de différencier la douleur chronique de la douleur aiguë (par son origine, son mode et sa durée d'installation, son contexte), les enquêtés expliquent son retentissement sur leur vie et sa périodicité (quotidienne, permanente etc...)

### **Regards portés sur la prise en charge de la douleur**

Les patients des structures de prise en charge de la douleur ont souvent derrière eux un parcours qui les a marginalisés : ils n'ont pas pu être soulagés "comme les autres" et ils ont parfois l'impression d'être ballottés de spécialistes en spécialistes. Ces lieux spécialisés restent donc ceux de la dernière chance. Leur situation, en temps que résultat d'un enchaînement d'événements particuliers, ne leur semble pouvoir être améliorée que par une prise en charge individualisée. A ce titre, ils souhaitent recevoir une information ciblée, personnalisée, chaleureuse, grâce aux connaissances et aux qualités relationnelles des professionnels. La prise en charge de la dimension psychologique de la douleur semble en effet aussi importante que la prise en charge de la douleur physique. Lorsque les patients parlent de la douleur, c'est surtout la solitude qui est dite, solitude parfois renforcée par le fait d'avoir une activité professionnelle réduite. C'est en effet la réduction de leur activité qui est au centre des préoccupations des consultants et qui exacerbe leur sentiment de solitude.

Il est reproché aux médecins généralistes de ne pas jouer pleinement leur rôle de médiateur entre les patients et les structures anti-douleur, alors qu'ils sont souvent perçus comme des interlocuteurs de confiance. Des consultants réprouvent

également l'usage trop systématique de médicaments, qui pallient parfois le manque de dialogue entre médecin et patient.

Le retour à la vie active et donc à la vie sociale fait partie des buts que se fixent les consultants inactifs, mais toujours en âge de travailler.

Par ailleurs, l'entourage n'est pas toujours bien informé sur le rôle qu'il a à jouer dans le rapport à la douleur et sur le fait que celle-ci devient partie intégrante de l'individu qui souffre. Cependant, la famille (et surtout les femmes) mais aussi les professionnels font partie d'un entourage sur lequel la majorité des patients dit pouvoir compter.

Les patients se sentent globalement satisfaits de leur prise en charge, mais sont moins nombreux à sentir un réel soulagement. La confiance qu'ils ont dans leurs interlocuteurs médicaux est alors parfois émoussée.

---

**3<sup>e</sup> partie : Consommation des antalgiques  
de formes orales (1996-2000)**

---

## Evolution de la consommation des antalgiques

---

L'offre est liée au prescripteur, à la demande du patient et à la politique du médicament en France

Le plan de lutte contre la douleur souhaitait promouvoir l'utilisation des antalgiques majeurs en simplifiant leur prescription, notamment par les médecins libéraux. Pour cela, les carnets à souches ont été remplacés par des ordonnances sécurisées, celles-ci devant progressivement être utilisées pour toutes les prescriptions. D'une façon générale, les prescripteurs étaient invités à prendre en charge la douleur sous toutes ses formes et l'utilisation d'un antalgique adapté était préconisée.

Nous avons retenu comme principal indicateur pour évaluer cette mesure, l'évolution comparée des ventes des formes orales d'antalgiques des niveaux 1, 2 et 3 significativement présents en France de 1996 à 2000 (voir tableau p.45). Le tableau présente d'une part les unités (c'est-à-dire le nombre de boîtes) vendues en France, ainsi que le chiffre d'affaires correspondant. Par ailleurs, la consommation totale des médicaments nous permet de replacer cette évolution par rapport à l'ensemble du marché du médicament en France depuis 1996. La dynamique de ce marché dépend en partie des nouvelles molécules commercialisées, des nouveaux entrants ayant reçu leur autorisation de mise sur le marché. L'antalgie n'étant pas jusqu'à présent une famille très bien dotée - comparée à d'autres - dans le monde du médicament, elle reste très dépendante des produits nouveaux et de la dynamique créée par l'arrivée de chaque nouvelle formule médicamenteuse. Les chiffres qui suivent sont donc à la fois le résultat des pratiques de prescription conjugué à l'existence de réponses médicamenteuses.

**Evolution comparée des ventes en unité d'antalgiques  
et des médicaments en France de 1996 à 2000**

	<b>1996 part relative des différents niveaux</b>	<b>1997 UN</b>	<b>1998 UN</b>	<b>1999 UN</b>	<b>2000 UN</b>	<b>2000 part relative des différents niveaux</b>
--	--	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--

Total Marché toutes formes		-0,5	-0,5	-0,5	+2,4	
Total Marché Formes orales		+0,1	+0,3	-0,1	+2,7	

Niveau 1	75,89 %	+1,2	-0,6	+4,0	+7,6	71,91%
Niveau 2	23,36 %	+8,6	+8,2	+8,0	+9,1	27,%
Niveau 3	0,76 %	-8,3	+6,7	+15,6	+20,1	0,87%
Total antalgiques	100 %	+2,8	+1,6	+5,1	+8,1	100%

Source : IMS HEALTH – LMP / Le Marché Pharmaceutique

*Niveau 1* : La vente d'antalgiques de niveau 1 connaît une évolution variable selon les années. Les antalgiques de niveau 1 étant également utilisés comme antipyrétiques, notamment lors d'épidémies, il est difficile, à partir de ces données, d'extrapoler sur la signification de cette évolution. Une étude épidémiologique saisonnière serait nécessaire.

*Niveau 2* : La vente d'antalgiques de niveau 2 connaît une augmentation élevée et stable depuis 1996, aux alentours de 8% par an. A cela, deux raisons principales :

- La mise sur le marché en 1997 du Tramadol.
- Une plus grande facilité des prescripteurs à « passer au niveau 2 » lorsque cela leur apparaît nécessaire.

*Niveau 3* : La vente d'antalgiques de niveau 3 a reculé de 8,3% en 1997. Ce recul correspond à la mise sur le marché du Durogésic sous forme de patch et donc non pris en compte dans notre tableau. Néanmoins, les opioïdes forts sous forme orale sont en augmentation depuis 1998 : leur vente progresse de 15,6% en 1999, de 20,1% en 2000. C'est une augmentation forte en chiffres absolus mais, marginale en chiffres relatifs : les opioïdes forts ne remplacent pas les opioïdes faibles, leur utilisation reste spécifique.

En légitimant l'augmentation des prescriptions d'antalgiques dans un contexte plus large d'austérité, le plan de lutte contre la douleur a manifestement contribué à une prise en charge thérapeutique plus importante : l'évolution comparée des consommations d'antalgiques de niveau 1, 2 et 3, rapportée à l'évolution de celles de l'ensemble des médicaments de forme orale en France, révèle une augmentation de la prise en charge médicamenteuse de la douleur, quelle que soit sa forme et son intensité. La vente des antalgiques de forme orale (en nombre d'unités) est en constante progression depuis 1996 et se situe très au-dessus des variations du total des marchés des médicaments de formes orales.

### **Quel partenariat avec les laboratoires pharmaceutiques ?**

La collaboration des laboratoires pharmaceutiques dans la mise en place du plan de lutte contre la douleur avait été sollicitée et était attendue. Elle s'est concrétisée par :

- la réalisation et la distribution des réglettes d'évaluation de la douleur ;
- l'information et/ou la formation auprès des professionnels médicaux et paramédicaux : la sortie de nouveaux produits a permis leur promotion de façon individualisée auprès de très nombreux professionnels de santé. Les réponses des professionnels apportées dans cette évaluation montrent que l'information donnée par les laboratoires constitue l'un des éléments permettant aux professionnels - notamment libéraux - d'évoluer dans leur pratique de prise en charge de la douleur.

Mais cette collaboration des laboratoires ne va pas de soi. L'antalgie en pédiatrie, qui reste très peu attractive financièrement et très peu dynamique, en est un exemple. Or le plan souhaitait faciliter la mise sur le marché des formes pédiatriques d'antalgiques majeurs « dès que les laboratoires auront proposé une formulation ».

La façon de contribuer à une dynamique dans ce domaine de la part de tous les acteurs concernés nécessite de revoir les rapports existant entre les uns et les autres de façon à optimiser les possibilités de collaboration avant que les laboratoires n'aient dirigé leur activité vers d'autres domaines plus intéressants économiquement que l'antalgie et fermé leurs possibilités de recherche ou de participation financière.

Or, le nombre d'unités d'antalgiques oraux sur le marché total du médicament augmente plus que leur participation au chiffre d'affaires.

L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse à domicile dépend notamment :

- ① d'une plus grande facilité de prescription ;
- ② d'une accessibilité des médicaments dans les pharmacies ;
- ③ d'une volonté et/ou d'une possibilité pour les laboratoires d'accorder une place à l'antalgie. La question de l'arrivée du générique dans l'antalgie, où peu de molécules existent actuellement, peut impliquer rapidement un retrait ou un désengagement pour les laboratoires dans la production d'antalgiques et dans la recherche. Cette situation appelle une réflexion concertée, spécifique au domaine de l'antalgie si l'on souhaite associer les laboratoires à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique.

Le plan a permis de répondre en partie au point ① mais pas aux points ② et ③.

---

## **4<sup>e</sup> partie : Formation continue des professionnels sur la douleur**

---

## **Formations de l'ANFH et de l'ENSP**

---

L'un des axes du plan triennal gouvernemental de lutte contre la douleur concernait le développement des formations sur la douleur des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou exercent dans des établissements. Nous avons donc abordé la question de la formation sur la douleur à tous les niveaux de notre recueil d'informations (entretiens des professionnels libéraux ; questionnaire des médecins généralistes du Limousin ; entretiens dans les établissements).

Savoir de quelle formation sur la douleur a bénéficié l'ensemble des professionnels nécessiterait une investigation d'envergure auprès de toutes les sources publiques et privées de formation et d'information. Nous avons analysé ici les données fournies par l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) et l'Association Nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

### **La formation continue des praticiens libéraux sur la douleur**

Les sources de formation continue agréées des médecins libéraux sont trop nombreuses pour que celles sur la douleur aient pu faire l'objet ici d'un recensement. Il serait également nécessaire de prendre en compte les nombreuses manifestations ou regroupements ponctuels contribuant à l'évolution des pratiques de la prise en charge de la douleur.

### **Formation par l'ENSP de directeurs, médicaux et cadres infirmiers**

Depuis 1998, l'ENSP organise une formation annuelle spécifiquement sur la douleur destinée aux cadres d'établissements, administratifs et soignants. Elle présente l'avantage de réunir les différentes catégories de professionnels décidant des axes de prise en charge des patients. Pendant 2 jours, ceux-ci peuvent ainsi échanger sur les questions organisationnelles, pratiques et techniques relatives à la prise en charge de la douleur dans les établissements. Mais de 1998 à 2000, cette formation a touché peu de professionnels (74).

## Formations recensées par l'ANFH (1996 à 1999)

L'ANFH est une association qui regroupe 2.100 établissements. Ses actions concernent ainsi 586.000 salariés de la fonction publique hospitalière. L'ANFH participe au développement de la formation des agents hospitaliers en apportant un soutien technique répondant aux demandes des établissements adhérents.

Une recherche à partir des mots-clés « douleur » et « soins palliatifs » a permis de sortir les statistiques sur les formations dont le titre comprenait l'un de ces deux mots clé. Nous avons ensuite distingué les formations directement ciblées sur la douleur de celles qui abordaient le sujet à travers les soins palliatifs.

Nous avons analysé le volume de cette offre de formation. L'ANFH nous a transmis des données sur toute la France métropolitaine et d'Outre-mer, permettant de connaître par région de 1996 à 1999 :

- l'intitulé des formations proposées ;
- le nombre total de professionnels ayant suivi ces formations
- la durée de ces formations ;
- le volume d'heures ;

Le nombre de personnes formées par catégorie professionnelle<sup>3</sup> (à partir des catégories professionnelles suivantes : infirmiers, surveillants, aides-soignants, sages-femmes, psychologues, enseignants).

### Une offre multipliée par trois en quatre ans

Le recensement des formations dispensées sur la douleur et sur les soins palliatifs par l'ANFH de 1996 à 1999 montre une croissance très significative des formations sur la douleur :

- le nombre de formations sur la douleur a été multiplié par 3 en 4 ans ;
- celui sur les soins palliatifs a été multiplié par 1,5 en 4 ans.

Par ailleurs, les formations de la douleur courtes (d'une demi-journée à 3 jours) et longues (plus d'une semaine) sont les principales bénéficiaires de l'augmentation constatées depuis 1996 puisqu'elles ont plus que triplé. Pour les mêmes années, les formations de 4 et 5 jours ont presque doublé. Plus spécifiquement sur 1998 et 1999,

---

<sup>3</sup> Une même personne ayant suivi dans la même année plusieurs formations est comptabilisée à chaque fois.

l'augmentation du nombre de formation ne s'est pas faite au détriment de l'approfondissement du sujet, bien que là encore des disparités régionales apparaissent. Par contre, pour les soins palliatifs ce sont les formations courtes qui ont le plus augmenté.

Le plan national a permis de donner un réel essor aux formations sur la douleur et s'est inscrit dans une dynamique déjà en marche. Par contre, il n'a pas permis d'homogénéiser les pratiques de formation selon les régions ce qui laisse craindre l'augmentation d'écart géographique dans la prise en charge de la douleur.

### **Disparités importantes selon les régions**

On constate, en fonction des régions, les schémas d'évolution suivants :

- une augmentation des formations sur la douleur et sur les soins palliatifs ;
- une augmentation des formations sur la douleur accompagnée d'une baisse de celles sur les soins palliatifs ;
- une augmentation des formations sur la douleur accompagnée d'une hausse ou d'une baisse en fonction des années du nombre de celles sur les soins palliatifs ;
- une stagnation voire une diminution globale du nombre de formations.

Environ 30.000 agents ont été formés depuis 1996 sur la douleur, 14.000 sur les soins palliatifs. Toutes les catégories professionnelles sélectionnées pour cette évaluation ont été bénéficiaires de ces formations. Des disparités existent mais la formation rejoint l'évolution de la pratique en établissement : même si les surveillants et les infirmiers restent des piliers importants sur lesquels reposent ces formations, les aides-soignants qui sont les agents ayant souvent le plus grand «temps de contact» avec les patients sont également destinataires de formations sur la douleur.

---

## **Priorités dégagées**

---

De la façon dont sera présenté le plan dépendra en partie son succès

Tous les professionnels rencontrés sans exception ont l'impression de bien prendre en charge - ou de bien tenir compte de - la douleur de leur patient au regard de ce qui leur semble être nécessaire. Comment, à partir de cette conviction le plan a-t-il été reçu ?

- Le plan a été bien perçu lorsque les professionnels souhaitaient « faire plus et/ou mieux » et étaient conscients du retard accumulé dans ce domaine.
- Le plan a été mal perçu lorsque les professionnels se sont sentis injustement mis en cause dans leur pratique ou lorsque le plan est apparu comme une énième mesure compliquant à nouveau la pratique quotidienne.
- Le plan a été rejeté lorsque les professionnels ont eu l'impression qu'on voulait agir sur l'opinion publique en discréditant leur pratique.

Lorsque des dysfonctionnements sont pointés du doigt, ce sont chez les autres (les autres spécialités, les autres services, les autres professions, les autres établissements etc.).

C'est lorsque le blocage existe au niveau du chef de service (surtout s'il est renforcé par l'attitude des anesthésistes) que les avancées sont les plus difficiles.

En libéral, les possibilités d'échanger entre professionnels ainsi que l'existence d'une demande du patient sont les meilleures garantes d'une prise en charge de qualité.

La mise en place du plan doit pouvoir s'inscrire dans un historique du service, sa formulation doit permettre une mise en place individualisée.

En effet, la dynamique créée dans certains services est lancée et un soutien officiel ne pourra que la renforcer. Par contre, ce sont dans les services les plus réfractaires et les moins autocritiques que les réticences continueront : un des moyens d'agir, est de valoriser ce qui se fait déjà tout en montrant l'intérêt, pour les soignants, de mieux prendre en charge la douleur. Un jugement négatif renforcera la défensive de professionnels qui sont déjà dans le déni de la souffrance de leurs patients. Dans chaque service que nous avons rencontré, au moins l'une des parties souhaitait

évoluer : direction, chefs de services, médecins, surveillants, infirmiers, aides-soignants.

Le plan doit donner à chacun la possibilité d'être acteurs pour que les professionnels désirant faire évoluer les pratiques du service puissent avoir un poids sur les autres, en sachant que c'est en leur donnant les occasions de communiquer que l'on peut faire avancer les choses. Des médiateurs devront parfois être trouvés. En effet, les services pour lesquels la hiérarchie médicale en premier lieu, administrative ensuite, se sent peu concernée par la douleur physique et sa dimension psychologique n'ont pas instauré de prise en charge de la douleur en équipe. Celle-ci repose uniquement sur des initiatives individuelles précaires.

La prise en charge de la douleur renvoie systématiquement à la prise en charge globale du patient et à la douleur des professionnels. La réponse à la douleur est rarement uniquement un traitement antalgique. C'est pourquoi vouloir faire évoluer la prise en charge de la douleur peut être aussi difficile : les professionnels se sentent interpellés sur leur attitude en général : attitude avec les autres services, entre les services d'une même unité, entre différentes catégories de professionnels, entre professionnels d'une même catégorie et envers les patients. Accepter d'évoluer, c'est reconnaître et surmonter le fait qu'on n'a pas toujours fait « pour le mieux » dans des professions où l'excellence constitue en soi une règle éthique de base pour exercer. Cette remise en question doit être accompagnée par des formateurs conscients de cette difficulté.

*« La douleur renvoie à tout le problème de la condition humaine et de l'expression psychologique. On est resté en médecine, très cartésien, là-dessus. C'est une question tellement vaste qu'elle aboutit à une remise en question de la société » (chef de service).*

La pertinence des quatre angles d'approche du plan (l'information du public, la demande du patient, les pratiques des structures de santé et des réseaux de soins, la formation et de l'information des professionnels de santé) est apparue tout au long de cette évaluation. Les mesures proposées vont dans le sens d'une amélioration des pratiques mais l'absence de la prise en compte de la dimension psychologique de la souffrance et des alternatives aux thérapeutiques médicamenteuses a été vivement regrettée.

## Propositions à partir de l'évaluation du plan 1998 - 2000

### ***Formation***

- Intégrer en formation initiale, particulièrement dans le cadre des études de médecine, un enseignement spécifique sur la douleur mais également transversal (intégré à chaque spécialité) et pluridisciplinaire (de manière à aborder : l'évaluation, la prévention, le traitement et les alternatives thérapeutiques d'un point de vue médical mais aussi relationnel).
- Dans le cadre de la formation continue, poursuivre les efforts entrepris de manière à permettre l'analyse des freins existants à la prise en charge de la douleur et à faciliter les échanges interprofessionnels.
- Introduire plus largement les questions éthiques, religieuses, philosophiques et sociales (représentations, ...) liées à la prise en charge de la douleur dans les formations initiales et continues.

### ***Evaluation de la douleur***

- Accompagner la diffusion des réglettes EVA d'une formation à leur utilisation. Favoriser des réflexions d'équipe sur leur usage et leur intégration dans une prise en charge de la douleur (qui utilise l'EVA et comment ?).
- Développer l'usage d'autres types d'évaluation (notamment pour les personnes non communicantes) et favoriser la recherche dans ce domaine.

### ***Prise en charge***

- Impulser une réflexion plus large sur la construction de protocoles infirmiers. Ceux-ci doivent être rédigés service par service. Tenter de lever certains obstacles à leur réalisation en changeant notamment leur appellation qui entraîne des résistances. Le terme de recommandations est proposé.
- Améliorer l'accès aux opioïdes dans les officines de ville et les services.
- Poursuivre la réflexion sur la prescription d'opioïdes en médecine de ville notamment autour des freins liés aux représentations du produit et aux difficultés d'utilisation : posologies et AMM.

- Engager et/ou poursuivre une réflexion avec les laboratoires pharmaceutiques de manière à ce que la recherche et la production d'antalgiques ne soient pas freinées par une baisse de rentabilité trop importante comparée à d'autres classes médicamenteuses.
- Valoriser la prise en charge et l'accompagnement non médicamenteux et favoriser le développement de solutions alternatives en les reconnaissant dans les nomenclatures.
- Intégrer le soutien aux équipes comme un axe d'un plan de lutte contre la douleur. La prise en charge de la douleur des patients passe par une reconnaissance explicite de la souffrance des soignants et la mise en place d'un accompagnement ad hoc.
- Mieux prendre en charge la dimension psychologique de la douleur des patients.
- Renforcer les liens entre les professionnels :
  - Faire des centres anti-douleur des plates-formes de rencontre et de réflexion des différents professionnels (libéraux et hospitaliers, médicaux et paramédicaux).
  - Valoriser et préciser la place des infirmiers libéraux dans la prise en charge des patients à leur domicile, créer des outils de liaison avec les médecins de ville et les services hospitaliers.

### ***Information du public – prise en compte de la demande du patient***

- Intégrer systématiquement une question sur la prise en charge de la douleur dans les questionnaires de sortie remis aux patients.
- Impulser une dynamique pour obtenir un retour satisfaisant du questionnaire de sortie par les patients afin d'avoir des résultats utilisables pour faire évoluer les pratiques.
- Poursuivre l'information du patient sur la prise en charge de la douleur. Introduire dans cette information la singularité de chaque situation de manière à impulser un dialogue patient-soignant et à ne pas susciter chez certains patients de faux espoirs.
- Veiller à l'acceptabilité des slogans par les professionnels.
- Améliorer l'information des patients sur les consultations de prise en charge des douleurs chroniques rebelles. Cela nécessite de réaliser un bilan de l'offre

existante dans ce domaine (délais de rendez-vous, nombre de consultants, modalités d'accès et de prise en charge...).

Dans la pratique, il convient à chacun d'être vigilant pour être sûr que cette évolution continue.

Le temps doit être trouvé, doit être donné, doit être pris...