

Ensemble face à la douleur : prévention, traitement et prise en charge  
*United against pain: prevention, treatment and management of pain*  
© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés

## **Informier et former pour mieux lutter ensemble contre la douleur : propos introductifs**

Gilbert Barbier

*Chirurgien, sénateur du Jura, rapporteur de la Commission des affaires sociales du Sénat  
sur le budget de la santé*

Il importe de souligner en préambule que le traitement de la douleur doit s'intégrer dans la prise en charge globale du patient et ne doit en aucun cas dispenser le praticien de la démarche diagnostique sans laquelle le traitement de la cause serait négligé pour celui du symptôme révélateur.

Par sa nature subjective, dépourvue d'outil biologique de mesure et échappant à l'imagerie conventionnelle, la douleur a longtemps été sous-estimée. Prendre en charge la douleur, c'est d'abord reconnaître sa réalité, connaître les possibilités – médicamenteuses ou non – de son soulagement et considérer la personne dans sa globalité. Même si des générations de soignants ont tenté d'apporter de leur mieux aux patients le soulagement qu'ils étaient en droit d'attendre, même si des équipes pionnières ont éclairé d'un jour nouveau depuis la fin du siècle dernier la compréhension de la douleur et développé des approches innovantes pour son soulagement, il a fallu un engagement des autorités sanitaires et des pouvoirs publics pour qu'une prise de conscience individuelle et collective se développe et que des avancées soient accomplies dans ce domaine. En France, un premier programme d'action a été mis en œuvre en 1998. L'évaluation menée par la Société française de santé publique en 2001 a montré des progrès notables dans la lutte contre la douleur. L'information des patients a été largement développée. Elle s'est concrétisée par la remise d'un « carnet douleur » à chaque hospitalisation. Une campagne de sensibilisation a été menée et une brochure destinée au grand public a été publiée et largement diffusée. Des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle ont été créées. Des recommandations labellisées de bonne pratique ont été élaborées. La formation initiale a été renforcée et comporte désormais un module spécifique obligatoire dédié à la douleur et à sa prise en charge. Un enseignement de soins palliatifs est intégré au deuxième cycle des études médicales.

L'offre de formation continue a été multipliée par trois, même si de nombreux efforts doivent encore être accomplis dans ce domaine. Des centaines de milliers de réglettes portant des échelles visuelles analogiques d'évaluation de la douleur ont

*Gilbert Barbier*

été distribuées. L'accès aux antalgiques majeurs a été facilité. Enfin, la rédaction de protocoles permettant, dans certaines conditions, aux personnels infirmiers de mettre en œuvre un traitement antalgique a été encouragée.

Des difficultés ont persisté cependant. Par exemple, les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle étaient encore mal connues du grand public et des praticiens libéraux ; l'utilisation d'outils de référence restait insuffisamment développée ; la formation pratique des médecins dans le domaine de la douleur restait insuffisante ; les médicaments opioïdes étaient encore trop souvent réservés aux situations de fin de vie ; les protocoles de prise en charge de la douleur étaient rarement mis en œuvre car ils suscitaient la crainte, infondée, d'une uniformisation et d'un encadrement autoritaire des pratiques. Sur la base de ce constat, les pouvoirs publics ont engagé un nouveau programme national, défini en 2002. Les principaux axes de ce programme quadriennal se situent dans le prolongement de ceux du plan précédent, notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique rebelle, de la souffrance en fin de vie, de la douleur en chirurgie et de la douleur de l'enfant. Une évaluation des objectifs de ce programme a été prévue au cours de l'année 2005. Le présent colloque en constitue en quelque sorte une avant-première. Ayant le privilège d'être à la fois médecin et parlementaire, je suis en charge du rapport annuel sur le budget de la santé publique. La prise en charge de la douleur a été placée au rang des priorités pour les années à venir.

L'amélioration de la prise en charge de la douleur dépend, certes, des avancées thérapeutiques, mais avant tout de l'information et de la connaissance des malades, de la formation des soignants encouragés à travailler en équipe et de l'implication de l'encadrement. Il serait vain de tenter d'élaborer des plans, aussi parfaits fussent-ils, si leur diffusion et l'information des soignants, des patients et de leurs familles n'étaient pas assurées.