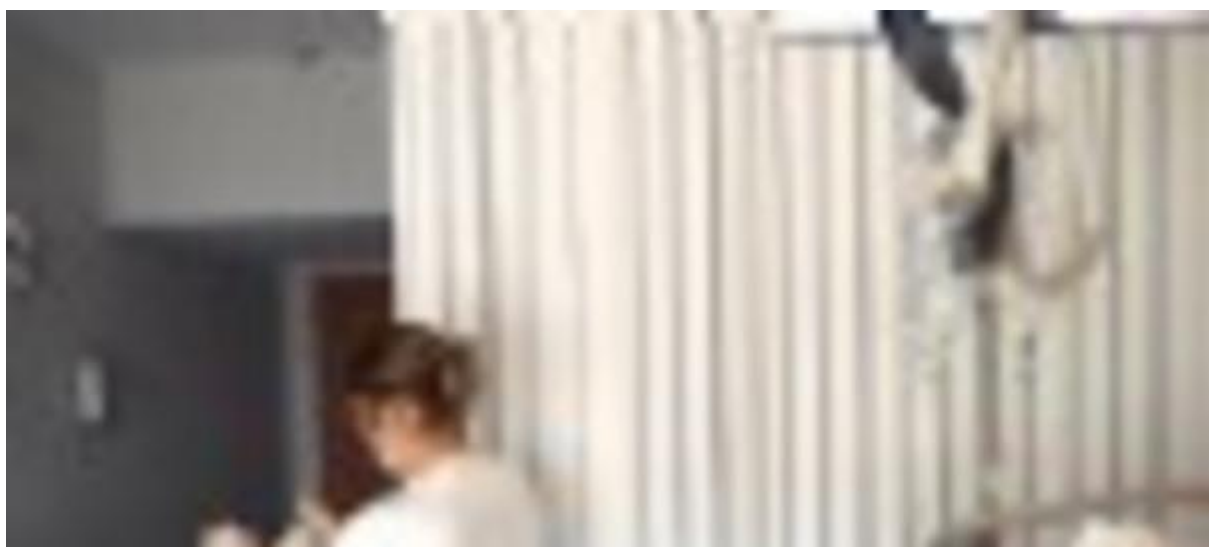


Les hôpitaux qui traitent le mieux la douleur

Par [Vincent Olivier](#), publié le 15/06/2010 à 14:43

Il n'est plus supportable d'avoir mal, chez soi comme à l'hôpital. Tous les patients ont désormais le droit non seulement d'être bien soignés, mais aussi d'être soulagés de leurs souffrances. Pour la deuxième fois, L'Express a évalué les hôpitaux et les cliniques en fonction des moyens que ces établissements mettent en œuvre dans ce domaine.



[Tous les résultats de notre palmarès, département par département.](#)

[Alain Serrie](#) est responsable du centre antidouleur de l'hôpital Lariboisière, à Paris. Il est surtout « très en colère : 20 millions de Français souffrent de douleurs diverses, et voilà qu'ils sont victimes d'un **détournement de fonds publics** de la part des hôpitaux. » Diable! D'ordinaire, on entend ce genre de propos de la bouche d'un syndicaliste SUD plutôt que d'un chef de service d'un grand CHU...

Résumons. En 2006, le gouvernement annonce le lancement d'un troisième plan douleur: concrètement, il débloque un budget spécifique de 27 millions d'euros, répartis sur quatre ans. Voté par le Parlement, ce plan prévoit un financement à l'échelon national, puis une répartition par les agences régionales de santé (ARS) dans chacun des établissements concernés. Or, « si l'argent arrive bien à l'hôpital, en pratique il sert à combler le déficit structurel et nous n'en voyons pas la couleur! Cela fait trois ans que ça dure. C'est scandaleux! » tonne Alain Serrie.

Dans un contexte économique difficile, l'espoir soulevé par le premier plan douleur, mis en place par [Bernard Kouchner](#) en 1998, semble aujourd'hui bien loin. Les meilleures volontés du monde se heurtent aux contraintes budgétaires : il faut tailler partout, vite et fort dans les dépenses. C'est dire l'importance du deuxième palmarès publié par *L'Express* sur ce

thème. Profondément amendé et remanié par rapport au premier, il tombe à point nommé pour rappeler que cette question demeure d'actualité. Comme le dit Alain Serrie: « **Quelles que soient la taille et l'activité d'un hôpital, la prise en charge de la douleur dans un même établissement varie considérablement d'un service à un autre.** »

La douleur, parent pauvre de la médecine

« En France, nous avons la chance d'avoir la technologie et les médicaments disponibles. Ce sont les moyens financiers qui manquent, l'organisation qui est défaillante », ajoute le Dr Anissa Belbachir. Enthousiaste, compétente, cette belle femme brune coordonne l'ensemble des comités de lutte contre la douleur (Clud), les structures transversales à l'hôpital, en place dans les 37 établissements de l'AP-HP de Paris. Toujours prête à valoriser les aspects positifs (« Depuis cette année, on travaille en réseau, on partage nos protocoles », se réjouit-elle), le Dr Belbachir n'oublie pas pour autant que, « un malade qui a mal, il faut l'examiner soigneusement, le palper. On ne peut faire que du cas par cas, » conclut-elle.

Mais voilà, en France, pour des raisons à la fois historiques et culturelles, la douleur a longtemps fait figure de parent pauvre de la médecine. Pas seulement à cause d'une tradition judéo-chrétienne qui voudrait que « la souffrance ait du bon », mais parce que, « **dans 70% des cas, la douleur constitue en elle-même un signe, une aide à la décision.** Ce qui explique que le corps médical ait du mal à s'en exonérer. Alors qu'aujourd'hui, une prise de sang ou un scanner sont autrement plus performants pour un diagnostic fiable », note justement le Dr Pierre Volckmann, chargé de cette thématique au sein de Générale de santé, le plus grand groupe de cliniques privées de France.

Les progrès médicaux ont rendu caduque la théorie de Descartes, qui, dans ses Méditations métaphysiques, attribuait à chaque douleur une cause spécifique et donc, un traitement adapté. On le sait aujourd'hui, ce phénomène, extrêmement complexe, fait intervenir des nerfs, des muscles, des neurones, la totalité de l'organisme. Comme l'écrit [David Le Breton](#) dans Expériences de la douleur ([Ed Métailié](#)), celle-ci "efface toute dualité entre physiologie et conscience, corps et âme, physique et psychologique. Elle mêle perception et émotion, c'est-à-dire signification et valeur."

La douleur ne se prouve pas, elle s'éprouve

Et c'est bien pour cela qu'elle est si difficile à appréhender. A la fois universelle et singulière, tangible et insaisissable, elle "ne se prouve pas, elle s'éprouve", selon les mots de David Le Breton. Surtout, elle place **le médecin** dans une situation dérangeante : il **n'est plus "celui qui sait", ni celui qui guérit.** Dépossédé de son autorité et de sa compétence, il se découvre parfois impuissant devant son patient.

Pourtant, qu'il s'agisse de fractures, de biopsies osseuses, d'escarres, « la plupart des douleurs peuvent être anticipées et prises en charge en amont », lance Alain Serrie, qui insiste sur la nécessité d'une "culture antidouleur". En pratique, cette dernière remonte à une dizaine d'années seulement, souligne le philosophe [Philippe Barrier](#), enseignant à l'espace Ethique de l'AP-HP de Paris : « Jusque-là, les médecins avaient tendance à considérer qu'il s'agissait là

d'un luxe, d'une forme de confort sur le thème : "On vous soigne, on vous guérit. De quoi vous plaignez-vous?" »

Rappelons, par exemple, que, il y a une cinquantaine d'années, les médecins se dispensaient de toute anesthésie sur les nouveau-nés au motif, irrecevable aujourd'hui, qu'ils ne souffraient pas... Rappelons aussi que, de l'après-guerre jusqu'aux années 1960, des générations entières d'enfants ont subi une ablation des amygdales sans que quiconque se soucie de leur administrer une sédation. « Dans quinze ans, assure le Dr Serrie, on trouvera scandaleux que, en 2010, les médecins n'aient rien fait contre les douleurs nosocomiales, c'est-à-dire induites par les soins. »

Il est cependant un domaine, au moins, où la prise en charge s'est incontestablement améliorée: celui de la douleur aiguë périopératoire. Entre 2006 et 2008, la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) a mené une vaste étude auprès de 1 900 patients. Il en ressort que 62 % d'entre eux ont reçu un traitement antidouleur avant l'intervention chirurgicale, et que 21 % ont bénéficié d'une pompe à morphine autoadministrée -dix ans plus tôt, ils n'étaient respectivement que 10% et 2%. « Nous avons beau avoir **une infirmière pour 15 patients, contre une pour 5 en Suède**, dans ce domaine nous avons progressé, c'est indéniable », observe le Dr Belbachir.

Mais si la douleur aiguë est effectivement mieux maîtrisée aujourd'hui, c'est encore loin d'être le cas de la douleur chronique. Fibromyalgies, lombalgies, migraines, arthroses, autant de **pathologies qui peuvent « gâcher une vie »**, rappelle le Dr Alain Serrie : « Ambiance familiale délétère, vacances reportées, week-ends annulés... l'entourage lui aussi s'en ressent. On l'oublie trop souvent, la douleur est parfois vecteur de dépression, de chômage ou de divorce. »

C'est justement quand la douleur est niée qu'elle devient souffrance

Ainsi, 5 millions de Français souffrent de **douleurs neuropathiques, quasi constantes, liées à une atteinte du système nerveux (nerfs, moelle épinière, cerveau) et sans cause extérieure identifiée**. Or nombre d'entre eux sont en arrêt maladie depuis plusieurs mois, à un âge (47 ans en moyenne) où ils sont pourtant encore en situation de travailler. Des malades que les médecins ont trop souvent tendance à considérer comme difficiles, râleurs, pour tout dire, un peu pénibles...

Et **c'est justement « quand la douleur est niée qu'elle devient souffrance »**, observe le philosophe Philippe Barrier. Car, alors, le malade se sent coupable, privé de sa condition de sujet autonome et réduit à l'état d'« objet de soins ». Et Philippe Barrier d'insister sur une qualité essentielle, et pourtant rare, au sein du corps médical : l'empathie, « entendue non pas comme un simple sentiment, mais bien comme une vertu à cultiver, une capacité à sortir de son propre raisonnement, même s'il est bon, pour entendre l'autre ».

Cette empathie, le Dr Malou Navez, responsable de la consultation douleur au CHU de Saint-Etienne, en a fait le principe des "groupes de paroles" qui réunissent une dizaine de patients, à raison de 8 à 10 séances de deux heures espacées de deux à trois semaines. Leur déroulement est toujours le même : un binôme de professionnels (psychologue et infirmier, kiné et médecin...) commence par donner des informations concrètes sur le processus-même

de la douleur ; puis vient le temps de la prise de parole et de l'échange d'expériences ; enfin, les malades apprennent à se relaxer en pratiquant une série d'exercices corporels. Et ça marche! « En confrontant leur vécu, les patients se découvrent des ressources internes qu'ils ne soupçonnaient pas. **Ce qui était une communauté de malheur devient une communauté active, où chacun aide son voisin à s'en sortir.** »

Non seulement c'est efficace, mais cela ne coûte rien, ou presque -alors que les dépenses liées aux céphalées chroniques quotidiennes frôlent les 2 milliards d'euros par an, rappelle le Dr Serrie. Tous les spécialistes s'accordent sur ce point : on peut faire mieux sans dépenser forcément plus. Par exemple, en signalant systématiquement un patient qui souffre au responsable du Clud. En évaluant quotidiennement sa douleur, en même temps que l'on prend son pouls ou sa tension. En instaurant des protocoles simples qui permettent à une infirmière d'agir sans en référer systématiquement à un médecin.

De bonne ou de mauvaise grâce, les professionnels de santé devront, de toute façon, en passer par là... En 2003, une jeune femme porte plainte contre l'hôpital qui a reçu son père de 87 ans atteint d'un cancer, au motif que rien n'avait été entrepris pour soulager sa douleur. Trois ans plus tard, la cour administrative d'appel de Bordeaux a estimé que « l'absence de tout traitement antalgique est constitutive d'une faute, de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier » et a condamné l'établissement. « **La prise en charge de la douleur n'est plus seulement une priorité de santé. C'est une question de société** », commente le Dr Serrie. Parole d'expert.

L'hôpital de Thonon parmi les meilleurs pour traiter la douleur

Jeudi 26.11.2009, 14:00



Michel Guyon fait partie du centre antidouleur.

Grâce au travail du centre antidouleur, l'hôpital de Thonon se classe parmi les meilleurs établissements français dans le traitement de la douleur.

En 1992, à l'initiative du docteur Lalanne, anesthésiste-réanimateur, la première consultation de douleur est ouverte à l'hôpital de Thonon. Au fil des années et des plans nationaux (1998-2002, 2002-2005 et 2006-2010), l'activité se structure. « *Depuis 1992, on ne peut que constater les progrès réalisés. Une culture du traitement de la douleur s'est développée, notamment grâce aux formations suivies par le personnel soignant. L'usage de la morphine a par exemple évolué* », explique le docteur Michel Guyon, anesthésiste-réanimateur. Une politique qui porte ses fruits comme l'a montré le classement publié par l'Express en octobre. En matière de lutte contre la douleur, l'hebdomadaire a classé l'hôpital de Thonon en catégorie A, soit le haut du panier.

Une approche pluridisciplinaire

La douleur, jusqu'alors traitée dans le cadre strict des spécialités médicales, **est maintenant soumise à une approche globale et de fait pluridisciplinaire**. A Thonon, le centre antidouleur fait ainsi appel à des neurologues, un rhumatologue, un neuro-chirurgien, des médecins ORL ou encore un spécialiste des soins palliatifs. *« Il s'agit d'une équipe transversale qui intervient, soit en interne sur la demande d'un service de l'hôpital qui ne parvient pas à traiter la douleur d'un patient ; soit dans le cadre d'une consultation hebdomadaire, le mercredi. Dans ce dernier cas, les patients nous sont en général adressés par des confrères. »*

Des échelles d'évaluation

Subjective par définition, la douleur apparaît difficile à cerner. **Pour approcher au plus près la vérité de chaque malade, l'équipe du centre antidouleur dispose d'échelles d'évaluation**. *« Nous avons une échelle qui permet au patient de dire s'il a un peu mal, mal ou très mal. Une autre, plus fine, est graduée d'un à dix. Pour évaluer la qualité de la douleur, nous soumettons au patient un questionnaire bien précis. Nous abordons également, au travers d'une échelle de comportement, l'impact des douleurs sur l'environnement familial et professionnel du patient, dans quelle mesure cette douleur est une contrainte. »*

Chaque année, le centre antidouleur se penche sur **plus de deux mille cas de douleurs chroniques**. Des patients atteints de douleurs secondaires au cancer, liées au VIH ou encore survenues dans le domaine postopératoire de la rhumatologie, de la neurologie ou de l'infectiologie. *« Mais nous avons eu également le cas d'une femme dont les douleurs chroniques se sont réveillées au lendemain d'un accident de voiture. Les examens ne montraient aucune blessure et nous avons constaté que ces douleurs handicapantes et bien réelles étaient en fait produites par une série de traumatismes psychologiques. »*

Julien Berrier



Sur le même sujet

- Palmares [Le palmarès 2010 des hôpitaux qui luttent contre la douleur](#)
- Article [Une journée avec l'équipe du Kremlin-Bicêtre](#)
- Article ["Les traitements sont mieux adaptés"](#)
- Article [Petite structure pour grands résultats à l'hôpital de Chateauroux](#)
- Article [Membre fantôme et douleur réelle à la polyclinique de Cherbourg](#)

Prise en charge de la douleur chronique rebelle

Publié le 25/04/2006 à 12h15 (mis à jour le 28/09/2009 à 15h34)

La douleur chronique

La douleur est qualifiée de chronique quand elle dure depuis des mois, voire de nombreuses années.

Cette douleur, en devenant persistante, perd son intérêt de signal d'alarme. Par son caractère durable et rebelle au traitement, **elle devient inutile et invalidante**.

La cause de cette douleur persistante n'est pas nécessairement grave, mais tous les examens indiqués pour l'évaluer et bien la prendre en charge n'ont peut-être pas été effectués.

Le centre pluridisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur propose d'explorer toutes les solutions

Une prise en charge pluridisciplinaire par des professionnels de la douleur

Ce type de prise en charge nécessite donc de prendre l'avis d'un certain nombre de spécialistes différents mais complémentaires dans leur démarche, de manière à parfaitement définir le ou les composant(s) de cette douleur persistante et à traiter tous les aspects.

Ces spécialistes sont des internistes, des neurologues, des neurochirurgiens, des psychiatres, des médecins de rééducation fonctionnelle, des acupuncteurs, des pharmacologues, des psychologues, des techniciens de laboratoire, tous des professionnels de la douleur.

Une évaluation psychologique

Quand on souffre depuis plusieurs mois d'un mal qui ne laisse pas de répit, **on finit souvent par se décourager**. Cela altère nécessairement la façon de se comporter avec l'entourage, lequel par ailleurs ne comprend pas toujours la situation. Or, une telle attitude pourtant bien compréhensible, contribue à entretenir et même parfois à aggraver la douleur. C'est pourquoi, il est parfois nécessaire d'effectuer aussi une évaluation psychologique.

SOURCE : <http://www.chu-toulouse.fr/-centre-regional-d-evaluation-et-de-#art1755>

Voir ici un exemple de [Questionnaire de douleur chronique](#)