

N° 138

# SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1994-1995

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 12 décembre 1994.

## RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur les problèmes posés, en France, par le traitement de la douleur,*

Par M. Lucien NEUWIRTH,

Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Jacques Bimbenet, Claude Huriet, Franck Sérusclat, Louis Souvet, *vice-présidents* ; Mme Maric-Claude Beauveau, M. Charles Descours, Mme Maric-Madeleine Dieulangard, MM. Roger Lise, *secrétaires* ; Louis Althapé, José Balarello, Henri Belcour, Jacques Bialski, Paul Blanc, Eric Boyer, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Francis Cavalier-Bénézet, Jean Chérioux, François Delga, Mme Michelle Demessine, MM. André Diligent, Jean Dumont, Mme Joëlle Dusseau, MM. Léon Fatous, Alfred Foy, Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, MM. Jean-Paul Hammann, Roland Huguet, André Jourdain, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, Simon Loueckhote, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Max Marest, Charles Metzinger, Mme Hélène Missoffe, MM. Georges Mouly, Lucien Neuwirth, Louis Philibert, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Bernard Seillier, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle.

## SOMMAIRE

---

	Pages
	-
<b>LES RAISONS D'UN ENGAGEMENT</b> .....	6
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	7
<b>I - NOTRE SYSTEME DE SOINS EVALUE MAL ET NE TRAITE PAS BIEN LA DOULEUR</b> .....	9
<b>A - LES MOYENS THERAPEUTIQUES EXISTENT ; POURTANT, NOTRE PAYS EST EN RETARD</b> .....	10
<b>1. La douleur est mieux connue et elle peut désormais être prise en charge</b> .....	10
<i>a) La douleur est désormais mieux définie</i> .....	10
<i>b) Les moyens de traitement existent</i> .....	12
<b>2. La consommation d'antalgiques majeurs est pourtant beaucoup plus faible en France que dans les pays qui disposent d'un système de santé comparable</b> .....	16
<i>a) Les antalgiques font l'objet d'une consommation importante</i> .....	17
<i>b) Les antalgiques majeurs sont cependant sous-utilisés</i> .....	17
<i>c) En revanche, les français sont de très forts consommateurs de psychotropes</i> .....	19
<b>B. CERTAINES DOULEURS SONT INSUFFISAMMENT PRISES EN CHARGE PAR NOTRE SYSTEME DE SANTÉ, QUI N'Y EST PAS PRÉPARÉ</b> .....	21
<b>1. Certaines douleurs ne sont pas toujours évaluées et combattues</b> .....	22
<i>a) Les douleurs cancéreuses</i> .....	22
<i>b) Les douleurs liées au Sida</i> .....	23
<i>c) La douleur de l'enfant</i> .....	25
<i>d) La douleur chronique du sujet âgé</i> .....	27
<i>e) La douleur post-opératoire</i> .....	28
<b>2 - Notre système de soins n'est pas préparé à la prise en charge de la douleur.</b> .....	32
<i>a) Les initiatives hospitalières sont spontanées et isolées ; elles rencontrent de nombreuses difficultés de fonctionnement</i> .....	32
<i>b) Des carences persistent en médecine ambulatoire</i> .....	39
<i>c) Le remboursement de certains traitements par la Sécurité Sociale est imparfait</i> .....	43
<i>d) Le traitement de la douleur ne constitue pas une priorité des recherches entreprises par l'industrie pharmaceutique</i> ...	44

	Pages
	-
<b>II - LES RAISONS D'UNE CARENCE</b> .....	45
<b>A. LA FORMATION ET L'INFORMATION SONT LACUNAIRES</b> ..	45
<b>1. La formation des personnels de santé est insuffisante</b> ..	45
<b>2. Les effets secondaires des morphiniques sont surévalués et de faux débats sont entretenus</b> .....	47
<b>B. LA LEGISLATION ET LA REGLEMENTATION SONT INADAPTEES</b> .....	48
<b>1. La législation et la réglementation sanitaires ne sont pas très incitatives.</b> .....	49
<b>2. Les règles de prescription et de délivrance des morphiniques sont dissuasives.</b> .....	50
<i>a) La législation pénale est sévère</i> .....	50
<i>b) La réglementation de la prescription et de la délivrance des substances vénéneuses n'est pas incitative</i> .....	53
<i>c) La réglementation des carnets à souches est "tatillonne"</i> ...	55
<b>3. La prise en charge de la douleur a, jusqu'ici, pâti de l'absence de réponses à la question posée par le traitement des toxicomanes par substitution.</b> .....	57
<b>III - LES PROPOSITIONS</b> .....	59
<b>A - CE QUI A CHANGE DEPUIS LA CONSTITUTION DU GROUPE D'ETUDES SENATORIAL, LE 13 OCTOBRE DERNIER</b> .....	59
<b>1. L'amendement au projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social</b> .....	59
<i>a) L'obligation, pour les acteurs du système de santé, de prendre en charge la douleur des patients</i> .....	60
<i>b) L'obligation, pour les établissements de santé, d'inscrire dans le projet d'établissement les moyens qu'ils comptent mettre en oeuvre à cette fin</i> .....	60
<i>c) L'amélioration de la formation des médecins et des personnels soignants</i> .....	61
<b>2. La mise en place de centres régionaux de référence pour la prise en charge de la douleur, la formation et la recherche sur la douleur</b> .....	61
<b>3. Les engagements pris par le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et le Ministre délégué à la Santé</b> .....	62
<i>a) La formation initiale des médecins</i> .....	62
<i>b) Les règles de prescription et de délivrance des antalgiques majeurs</i> .....	62
<b>B - IL RESTE BEAUCOUP A FAIRE : DIX PROPOSITIONS POUR ALLER PLUS LOIN</b> .....	63
<b>CONCLUSION</b> .....	67
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION ET DU GROUPE D'ETUDES</b> ....	69
<b>I - Journée d'auditions publiques organisée conjointement par la commission et le groupe d'études, le jeudi 27 octobre 1994</b> .....	69
<b>II - Liste des personnes entendues par le rapporteur</b> .....	205
<b>III - Examen du rapport en commission (synthèse des débats)</b> .....	207
<b>TRAVAUX DU SENAT (extraits du Journal Officiel)</b> .....	213

	Pages
	-
<b>I - Questions d'actualité au Gouvernement (séance du 13 octobre 1994) .....</b>	213
<b>II - Discussion du projet de loi n° 45 (1994-1995) portant diverses dispositions d'ordre social (séance du 17 novembre 1994) .....</b>	216
<b>III - Discussion du projet de loi de finances pour 1995 .....</b>	219
<b>A. CRÉDITS CONSACRÉS À L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET À LA RECHERCHE (séance du 5 décembre 1994) .....</b>	219
<b>B. CRÉDITS CONSACRÉS AUX AFFAIRES SOCIALES ET A LA SANTÉ (séance du 9 décembre 1994) .....</b>	222

**"La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain."**

*Organisation Mondiale de la Santé*

## LES RAISONS D'UN ENGAGEMENT

La douleur est un mal, nous devons la combattre mais, comme son langage, elle est multiple, telles les flammes d'un même feu.

Quelle que soit son origine, elle est notre ennemie. Or, dans notre Pays, à travers les siècles, la douleur s'est banalisée, comme si elle avait su se créer un territoire, qui était le sien propre, reconnu, en quelque sorte, naturel :

*"Ah ! Vous souffrez, mon pauvre Monsieur, mais avec ce que vous avez, c'est bien normal de souffrir !"*

Si la façon de considérer la douleur fait partie de notre héritage culturel, elle ne saurait être inventoriée dans notre patrimoine.

Dût notre amour-propre national en souffrir, dans ce domaine, le reste du monde a avancé sans nous.

Des centaines de milliers de nos compatriotes souffrent alors que, désormais, existent les moyens, les techniques, les capacités de les soulager. Persister à tolérer une telle situation serait indigne et incompatible avec l'image de la société française telle que nous la souhaitons en cette fin de 20e siècle.

Le Sénat l'a compris et il a voulu, en acceptant de créer notre groupe d'études, que ce dossier fût ouvert et traité au grand jour, avec tous ceux et toutes celles qui sont concernés.

par Lucien NEUWIRTH

**Mesdames, Messieurs,**

La création du groupe d'études sur les problèmes posés, en France, par le traitement de la douleur a été autorisée par le Bureau du Sénat le jeudi 13 octobre dernier sur l'avis favorable de la commission des Affaires sociales, sous le contrôle de laquelle ledit groupe a été placé.

Interrogé le même jour par votre rapporteur au cours de la séance de questions d'actualité au Gouvernement, M. Philippe Douste-Blazy, Ministre délégué à la santé, a soutenu l'initiative du Sénat.

Dès le jeudi 27 octobre, de nombreuses personnalités scientifiques ainsi que les représentants des confessions religieuses et des sociétés philosophiques sont venus apporter leur contribution à la réflexion du groupe d'études dans le cadre d'une journée d'auditions publiques.

A cette occasion, M. Philippe Douste-Blazy s'est engagé à prendre des mesures réglementaires tendant à assouplir les règles de prescription et de délivrance des antalgiques majeurs.

Le jeudi 17 novembre dernier, le Sénat a adopté, sur la proposition de votre rapporteur, un amendement au projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social ; ce texte, adopté depuis lors par l'Assemblée nationale, tend à assurer une meilleure prise en charge de la douleur, dans les établissements de santé comme en ville et vise à améliorer la diffusion des connaissances sur la douleur et sur son traitement.

Le lundi 5 décembre, M. François Fillon, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, interrogé par votre rapporteur, a précisé les modalités selon lesquelles l'enseignement de

la douleur et de son traitement sera renforcé au cours des études médicales.

Le samedi 10 décembre, grâce au soutien de M. le Président et de M. le rapporteur général de sa commission des Finances, le Sénat a pu affecter, à l'occasion de la discussion du projet de loi de finances pour 1995, cinq millions de francs au financement des premières dépenses d'investissement des centres régionaux de références pour la prise en charge, la formation et la recherche sur la douleur.

**A ces premières mesures, le présent rapport ajoute dix propositions qui visent à organiser, libéraliser, former et informer en vue de mieux prendre en charge la douleur en France.**



## **I - NOTRE SYSTEME DE SOINS EVALUE MAL ET NE TRAITE PAS BIEN LA DOULEUR**

La France dispose d'un des systèmes de soins les plus performants au monde et universellement reconnu pour la fiabilité de son art de guérir. Elle consacre à la santé plus de dix mille francs par an et par habitant. Ses chercheurs, dans les disciplines médicales, comptent parmi les meilleurs. Plus de cent mille médecins et les professions de santé, en ville, et un million d'agents hospitaliers consacrent leur compétence, leur énergie et leur dévouement à traiter dans les meilleures conditions les patients qu'ils accueillent.

Pourtant, notre système de soins évalue mal et ne traite pas bien la douleur des patients.

Certes, un certain nombre d'initiatives hospitalières empiriques mais courageuses ont vu le jour ; çà et là, des centres de traitement de la douleur se sont établis, dus à une généreuse génération spontanée locale mais, le plus souvent démunis de moyens administratifs ou financiers, de postes, de locaux. De plus, il est à noter que ces centres sont beaucoup trop méconnus des patients et il arrive fréquemment que des malades ignorent leur existence dans l'établissement même où ils sont hospitalisés.

Il n'existe que 32 centres de soins palliatifs en France. Ils rendent des services irremplaçables aux patients en phase terminale. Cependant, pour mesurer les besoins immenses qui demeurent dans ce domaine, il suffit de rappeler qu'en 1993, ces centres ont pris en charge 5.000 cas en France contre 40.000 en Grande-Bretagne.

Un certain nombre d'ouvrages sont venus éclairer ce débat. Ils sont l'oeuvre d'éminents spécialistes dont certains ont participé à la journée d'auditions publiques organisée au Sénat le jeudi 27 octobre dernier.

Tous se rejoignent sur le même constat : notre système de soins est inadapté au traitement de la douleur, alors même, paradoxalement, qu'il est vanté pour son recours aux techniques médicales les plus sophistiquées.

La progression du Sida ajoute, en outre, aux problèmes traditionnels posés par la prise en charge de la douleur par l'urgence et la spécificité des réponses qu'elle appelle.

## A - LES MOYENS THERAPEUTIQUES ; POURTANT, NOTRE PAYS EST EN RETARD

Les médecins disposent, pour combattre la douleur, de méthodes et de thérapeutiques qui, si elles sont le plus souvent fondées sur des molécules découvertes il y a fort longtemps, présentent une efficacité certaine. Pourtant, notre pays, si fort consommateur de psychotropes, est très en retard pour l'utilisation d'antalgiques majeurs et certaines douleurs spécifiques sont peu ou mal prises en charge.

### 1. La douleur est mieux connue et elle peut désormais être prise en charge

Dans l'histoire de la pensée, la connaissance des phénomènes douloureux a été moins précoce que leur interprétation philosophique ou religieuse.

#### *a) La douleur est désormais mieux définie*

La recherche d'une définition de la douleur s'est longtemps heurtée à sa nature sensitive et polymorphe ; expérience personnelle et subjective, elle a été plus facile à commenter qu'à cerner, plus facile à interpréter qu'à comprendre.

MM. A. SERRIE et C. THUREL rappellent, dans leur ouvrage «La Douleur en Pratique Quotidienne», que différentes définitions de la douleur ont été proposées :

• «La douleur est une sensation personnelle et intime de mal, un stimulus nociceptif qui signale une lésion tissulaire actuelle ou imminente, un schéma de réactions destiné à préserver l'organisme du mal.» (STERNBACH, 1968)

• «La douleur est une expérience sensorielle provoquée par des stimuli qui lésent les tissus ou menacent de les détruire, expérience définie introspectivement par chacun comme ce qui fait mal.» (MOUNTCASTLE, 1980)

Le caractère incomplet de ces définitions a été critiqué : en réduisant l'origine du phénomène douloureux à une lésion tissulaire, elles laissent à l'écart à la fois des douleurs organiques et des douleurs psychogènes.

Une troisième définition, retenue tant par M. Jean-Marie BESSON, directeur de recherches au CNRS et à l'École pratique des Hautes Etudes et directeur d'une unité de recherches de l'INSERM que par Mme Geneviève BARRIER, Chef du Service d'anesthésie pédiatrique à l'Hôpital Necker, Directeur du SAMU et auteur d'un remarquable rapport sur l'urgence ; elle décrit la douleur comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion.» (MERSKEY, *Association Internationale de l'Etude de la Douleur*, 1979)

S'il existe une multitude de manifestations douloureuses qu'il serait vain d'énumérer, deux grands types de douleur doivent être distingués, qui ont un contenu et une signification différents pour le malade : la douleur aiguë et la douleur chronique.

La douleur aiguë est une douleur souvent très intense, mais de brève durée.

Elle constitue une réaction, parfois immédiate, parfois trop tardive, à une attaque subie par l'organisme ; qu'il s'agisse des blessures, des lésions cancéreuses, de l'infarctus du myocarde ou d'une simple piqûre.

Parce qu'elle est une réaction défensive, cette douleur constitue, pour le médecin, un utile révélateur de la maladie et contribue à l'établissement du diagnostic.

La douleur chronique présente des caractéristiques opposées à la précédente. Douleur constante ou à fréquentes récurrences pendant une période assez longue, elle accompagne certaines maladies ou blessures pendant toute leur durée mais peut aussi leur survivre. Elle ne contribue donc plus au diagnostic.

Par sa prégnance et sa durée, la douleur chronique a le plus souvent de très fortes répercussions sur la vie du patient et son comportement : elle constitue, par elle-même, une maladie qui mérite un traitement.

A cette classification des formes de douleur, selon leurs caractéristiques, j'ajoute une autre, en fonction de leur origine : le Dr Jean-Marie BESSON distingue ainsi les douleurs par excès de nociception, les douleurs neurogènes et les douleurs psychogènes.

Les douleurs par excès de nociception correspondent à l'expression de messages adressés au cerveau par le système nerveux : lorsqu'un muscle ou l'épiderme, par exemple, subit une agression, les nocicepteurs qui le relie à la moëlle épinière lui transmettent un signal qui est ensuite adressé au cerveau. La douleur elle-même résulte de l'excès de nociception, c'est-à-dire de l'excès de messages ainsi transmis.

A l'opposé, les douleurs d'origine neurogène correspondent à un fonctionnement anormal du système nerveux qui a subi des lésions : plutôt qu'un excès de nociception, il y a défaillance des mécanismes nociceptifs ou du système nerveux central.

Les douleurs psychogènes sont plus difficile à cerner. Certains auteurs n'y font pas référence, dans la mesure où, d'une part elles sont d'origine psychologique, et où, d'autre part leur origine est mal connue. Enfin, elles constituent une catégorie «par défaut», n'appartenant à aucune des deux précédentes.

#### *b) Les moyens de traitement existent*

L'objet du présent rapport ne consiste aucunement à affirmer que toutes les douleurs peuvent être efficacement prises en charge, ou qu'à chacune des douleurs précitées correspond un diagnostic simple et un traitement adapté qui les fera disparaître immédiatement ; il n'est pas non plus question de se substituer à un ouvrage savant de thérapeutique mais de présenter brièvement l'état des connaissances en la matière, afin de mieux cerner les causes du retard de notre pays.

Avant d'évoquer les thérapeutiques, il convient de dire quelques mots de l'évaluation de la douleur, qui doit être préalable à son traitement et partie intégrante de sa prise en charge.

Cette évaluation est particulièrement délicate, en particulier pour les douleurs chroniques qui, ainsi qu'il a été dit, n'ont le plus souvent pas d'utilité diagnostique et se présentent comme une maladie autonome par rapport à celle qu'elle accompagne ou dont elle est le reliquat après guérison.

La douleur n'a pas le caractère objectif d'autres maladies, elle ne présente pas la même évidence, pour l'observateur extérieur, qu'une fracture de la jambe ou qu'une bronchite chronique. La douleur est subjective et ressentie. Il faut, pour la traiter, qu'elle soit exprimée et évaluée.

Parce que la douleur n'est pas observable, le médecin demandera au patient de l'évaluer lui-même, au moyen d'échelles verbales, numériques, visuelles ou comportementales.

Les échelles verbales correspondent à des listes de mots, substantifs ou adjectifs, parmi lesquels le patient choisira ceux qui correspondent le mieux à la sensation douloureuse qu'il subit. A ces mots sont associées des valeurs numériques qui permettent d'en calculer l'intensité.

Les échelles numériques correspondent à une suite de chiffres et nombres parmi lesquels le patient choisira celui qui correspond le mieux à sa douleur.

Les échelles visuelles sont constituées par un axe partant d'un point qui représente une situation sans douleur et se terminant par un autre point correspondant à une situation de douleur maximale imaginable. Le patient indique, sur cette droite, le point où se situe sa propre douleur.

Les échelles comportementales, enfin, reposent sur des questionnaires qui auront pour objet d'apprécier l'intensité et la nature de la douleur à travers les modifications de comportement qu'elle entraîne pour le patient dans sa vie quotidienne.

Bien entendu, ces échelles ne peuvent donner au médecin qu'un « faisceau d'indices » qui l'aideront dans son diagnostic : la perception de la douleur est infiniment variable d'un individu à un autre, et même pour un seul individu : elle dépend notamment de son état psychologique, du moment de la journée et de la réceptivité de son entourage familial ou professionnel.

La douleur étant mieux cernée, il faut ensuite la traiter.

Deux grandes catégories de médicaments antalgiques peuvent être distinguées : les antalgiques périphériques et les antalgiques centraux. Les antalgiques périphériques agissent à la périphérie du système nerveux, c'est-à-dire sur l'activité des nocicepteurs, tandis que les antalgiques centraux agissent au niveau du système nerveux central.

#### ● Les antalgiques périphériques :

Les antalgiques périphériques sont des médicaments connus de tous : aspirine (acide acétylsalicylique -AAS-, paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens -AINS-). Ils correspondent, dans la classification de l'organisation mondiale de la santé, au niveau I des médicaments antalgiques. Les antalgiques les plus utilisés correspondent à des médicaments issus de substances utilisées à

partir de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle (mise sur le marché de l'aspirine en 1899, synthèse du paracétamol en 1893).

Très souvent utilisés en auto-médication, ces médicaments présentent des effets indésirables qui peuvent être importants. Les salicylés peuvent ainsi être à l'origine de troubles gastro-intestinaux ou hépatiques et le paracétamol, souvent mieux toléré par l'organisme, peut entraîner des accidents hépatiques s'il est ingéré à des doses trop fortes. Enfin, les AINS présentent eux aussi certains risques, en particulier dans le cas où est pratiquée l'association de deux AINS.

● **Les antalgiques centraux :**

Les médicaments antalgiques centraux comportent deux catégories : les antalgiques opiacés et les antalgiques non opiacés. Ils possèdent des effets antalgiques supérieurs à l'AAS, au paracétamol et aux AINS et sont notamment utilisés dans le traitement des douleurs cancéreuses.

Les antalgiques opiacés ne constituent pas, loin s'en faut, une découverte récente de la pharmacopée : les vertus de l'opium sont connues depuis l'Antiquité et la morphine a été isolée en 1806.

Dans leur ouvrage «Le médecin, le patient et sa douleur», MM. P. QUENEAU et G. OSTERMAN distinguent les opioïdes forts «agonistes purs», c'est-à-dire la morphine et ses dérivés, les opioïdes forts «agonistes partiels» (buprénorphine) ou «agonistes-antagonistes» (Pentazocine, Nalbuphine), qui présentent la particularité d'être efficaces jusqu'à un effet plafond, et les opioïdes faibles tels que la destropropoxyphène et la codéine.

Alors que les opioïdes forts constituent des médicaments correspondant au niveau III de l'OMS, les opioïdes faibles sont classés au sein du niveau II.

Les antalgiques centraux non opiacés comprennent essentiellement des psychotropes qui possèdent aussi des propriétés antalgiques.

Le tableau suivant illustre les capacités antalgiques des opiacés, opioïdes forts et opioïdes faibles.

Opiacés		Traitement antérieur	Facteur de conversion	Posologie équivalent à 60 mg de sulfate de morphine (Moscontin, Skenan) (30 mg matin et soir)
O p i o i d e s  f o r t s	Agonistes purs	Morphine	x 1	60 mg
			x 3	20 mg
		Péthidine ( <i>Dolosal</i> )	x 0,4	150 mg
		Dextromoramide (Palfium)	x 6	10 mg
			x 10	6 mg
	Agonistes partiels	Buprénorphine ( <i>Temgésic</i> )	x 75	0,9 mg
			x 37,5	1,6 mg
Agonistes-antagonistes	Nalpuphine ( <i>Nubain</i> )	x 3	20 mg	
	Pentazocine ( <i>Fortal</i> )	x 0,5	120 mg	
Opioides faibles		Dextropropoxyphène	x 0,1	600 mg
		Codéine	x 0,25	240 mg

D'après Brooks Ira et Al - Principles of cancer pain management. Use of long-acting oral morphine. *The Journal of Family Practice*, 1989, vol. 28, 3, 275-280. D'après Boureau F. - *Pratique du traitement de la douleur*. Doin, 1988.

Source : "Le médecin, le patient et sa douleur" P. QUENEAU et G. OSTERMANN.

L'éventail des thérapeutiques antalgiques, très brièvement présenté ici, ne se limite pas aux antalgiques périphériques et aux antalgiques centraux, ni aux associations médicamenteuses dans ces deux catégories.

Des douleurs chroniques peuvent être également soignées par des méthodes d'électrostimulation analgésique, qu'elles soient transcutanées ou qu'elles consistent en une stimulation directe des centres du système nerveux et des douleurs rebelles peuvent faire l'objet d'interventions neurochirurgicales.

Il ne faut pas oublier non plus l'action antalgique de certaines thérapeutiques physiques, psychologiques ou l'effet placebo qui peut accroître, dans certaines situations, l'effet de ces thérapeutiques.

**2. La consommation d'antalgiques majeurs est pourtant beaucoup plus faible en France que dans les pays qui disposent d'un système de santé comparable**

La consommation d'antalgiques majeurs constitue un indicateur partiel, mais fiable, de la manière dont un système de santé prend en charge la douleur des patients.

Cet indicateur est partiel : de multiples formes de douleurs peuvent être prises en charge par d'autres thérapeutiques que celles faisant appel aux antalgiques majeurs, et les médicaments contenant de l'AAS, du paracétamol ou les AINS sont largement utilisés dans notre pays.

Cet indicateur est cependant fiable : le traitement de certaines douleurs chroniques ou post-opératoires ne peut être réalisé que grâce à la prescription de morphiniques. Or, celle-ci est très faible dans notre pays.

Afin de mieux comprendre les facteurs culturels d'une telle sous-prescription, il convient d'évoquer parallèlement les prescriptions de psychotropes en France qui peuvent, à l'inverse, être considérées comme très importantes au regard des besoins des patients.

**MORPHINIQUES ANTI-DOULEUR  
(Nombre d'unités vendues)**

	<b>OFFICINES</b>	<b>HOPITAL</b>
1993	30.372.174	1.317.830
1992	29.755.839	1.201.962
1991	29.059.350	1.114.797
1990	26.216.408	964.801
1989	23.914.773	820.662
1988	23.225.865	706.751
1987	19.993.895	610.821
1986	18.417.090	474.027
1985	16.608.440	752.955
1984	15.000.887	711.556
1983	16.449.228	668.908



*a) Les antalgiques font l'objet d'une consommation importante*

Selon une enquête effectuée par le CREDES («Santé, soins et protection sociale en 1992»), les médicaments les plus consommés en France sont les médicaments du système nerveux central et les médicaments cardio-vasculaires: sur 100 personnes ayant consommé des soins, 71 boîtes de médicaments correspondant à l'une de ces deux catégories sont vendues chaque mois, contre 10 boîtes de médicaments de l'appareil respiratoire, 9 boîtes de médicaments anti-infectieux et 8 boîtes de médicaments de l'appareil digestif.

Sur ces 71 boîtes, 36 sont des médicaments du système nerveux central et 35 des produits cardiovasculaires, les boîtes de médicaments du système nerveux se répartissant en 20 boîtes d'analgésiques, 11 boîtes de psycholeptiques, 4 boîtes de psychoanaleptiques et 1 boîte d'antiépileptique.

Si l'on considère maintenant les analgésiques seuls et que l'on compare avec tous les autres médicaments, l'on observe que les médicaments les plus consommés en un mois sont :

- 1 - les analgésiques/antalgiques  
(20 boîtes pour 100 personnes)
- 2 - les antibiotiques  
(15 boîtes pour 100 personnes)
- 3 - les psycholeptiques  
(11 boîtes pour 100 personnes)
- 4 - les antivariqueux et antitussifs  
(9 boîtes pour 100 personnes)

Même si la notion de "boîte" de médicaments consommés apparaît imparfaite pour évaluer avec précision la consommation de médicaments, il est certain que les médicaments antalgiques sont ceux qui sont les plus consommés dans notre pays.

*b) Les antalgiques majeurs sont cependant sous-utilisés*

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie a étudié les ordonnances présentées au remboursement pendant la semaine du 10 au 15 mai 1993, avec un tirage aléatoire au 1/48ème, afin d'étudier la consommation d'antalgiques et d'AINS.

Sur un total de lignes de prescription s'élevant à 405.000, les antalgiques arrivent en tête des classes thérapeutiques avec 8,82 % des lignes de prescription. Les résultats détaillés sont les suivants :

● analgésiques non narcotiques	34.055 lignes
● anti-inflammatoires non stéroïdiens, seuls ou en association	13.252 lignes
● antimigraineux	1.464 lignes
● narcotiques	196 lignes

Le rapport entre le nombre de lignes de prescription d'antalgiques mineurs et d'opiacés est donc de 1/250ème environ. S'il est heureux que le nombre de lignes de morphiniques soit inférieur à celui des prescriptions d'aspirine, 1 pour 250 est un rapport très peu élevé.

Comparée avec celle des autres pays du monde, la consommation française se situait à la fin des années quatre-vingt au 39ème rang.

Parmi les pays industrialisés, seul le Japon consomme moins que la France. Sans être de gros consommateurs, l'Italie ou l'Espagne sont pourtant mieux situés que cette dernière.

Certes, la consommation de morphiniques dans notre pays est en progrès : si 48 doses quotidiennes étaient consommées par million d'habitants et par jour au cours de la période 1983-1987, seules 41 doses étaient utilisées en moyenne au cours de la période 1978-1982.

Les données recueillies pour les différents pays depuis 1988 montrent que la consommation a encore beaucoup progressé depuis 1988 : alors que la France avait consommé, en 1988, 129 kilogrammes de morphine, ce sont 398 kilogrammes, soit plus de trois fois plus, qui ont été utilisés cinq ans plus tard, en 1993.

Cette consommation demeure cependant notoirement insuffisante et place notre pays à un rang qui n'est pas en rapport avec le niveau de notre système de santé.

**MORPHINE CONSUMPTION (Kgs)**

**(Figures in respect of 1993 are provisional)**

Country	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Belgium	23	28	34	48	58	65
Canada	450	586	600	652	649	789
Denmark	161	193	245	265	294	341
France	129	190	225	245	388	398
Iceland	3	5	3	2	5	7
Netherlands	66	69	97	98	147	133
New-Zealand*	77	64	82	70	?	?
UK**	975	994	1081	1350	1195	2407
USA	2179	2574	3110	3373	4285	5377

\* New-Zealand seems to have difficulties in compiling statistics for the I.N.C.B.

\*\* Figures include quantities used for the manufacture of preparations listed in Schedule III of the 1961 Convention on Narcotic Substances

Source : INCB

Elle constitue toutefois la traduction d'un rapport particulier entretenu par nos concitoyens, qu'ils soient professionnels de santé ou patients, avec les médicaments du système nerveux : alors que la consommation de morphiniques est presque ridiculement faible dans notre pays, les Français se rangent parmi les plus forts consommateurs de psychotropes au monde.

*c) En revanche, les Français sont de très forts consommateurs de psychotropes*

La consommation annuelle remboursée de psychotropes en France représente une somme de 2,5 milliards de Francs ; l'enquête sur la santé et les soins médicaux en 1992 réalisée par le CREDES montre qu'au moins 11 % des adultes ont une consommation régulière de tranquillisants antidépresseurs, psychostimulants, neuroleptiques ou hypnotiques, la notion de consommation régulière correspondant au minimum à une prise hebdomadaire depuis six mois.

Les médicaments psychotropes qui font l'objet de la consommation régulière la plus élevée sont les tranquillisants, les

hypnotiques et les antidépresseurs, avec respectivement 7,3 % , 3,6 % et 2 % de la population qualifiés de consommateurs réguliers.

Le profil moyen d'un consommateur régulier de psychotropes est une femme plutôt âgée, en traitement pour dépression.

Ainsi, alors que 14 % des femmes sont des consommateurs réguliers de psychotropes, 9 % des hommes seulement absorbent de tels médicaments depuis au moins six mois. La plupart d'entre eux sont en chômage pendant le traitement.

Depuis dix ans, la consommation d'anti-dépresseurs et de psychostimulants a été plus rapide que celle des autres classes thérapeutiques en France.

Cependant, toujours selon le CREDES, la consommation des hypnotiques et psychotropes est restée stable entre 1980 et 1988.

La comparaison entre la consommation d'antalgiques et de psychotropes est intéressante : la douleur, comme l'anxiété ou la dépression, sont des phénomènes réels mais subjectifs, dont la perception par les professions de santé ne peut résulter que de l'expression de cet état douloureux ou dépressif. Il apparaît ainsi que le traitement des états anxieux ou dépressifs est quantitativement mieux assuré, dans notre pays, que celui des états douloureux, que cela résulte d'une meilleure expression de ces états ou de leur meilleure prise en charge par le système de santé.

Il est significatif d'observer, à cet égard, que la prescription de psychotropes est particulièrement faible au Royaume-Uni qui est, à l'inverse de la France, un gros consommateur de morphiniques.

L'analyse comparée des consommations de morphiniques et de psychotropes montre que le niveau insuffisant des prescriptions de morphiniques en France ne résulte pas, de la part des professionnels de santé, d'une insuffisante écoute des patients (si c'était le cas, la consommation de psychotropes ne serait pas si élevée) mais de barrières culturelles ou psychologiques qui, étonnamment, ont été très (trop ?) facilement franchies pour les psychotropes, mais pas pour les morphiniques.

## **B. CERTAINES DOULEURS SONT INSUFFISAMMENT PRISES EN CHARGE PAR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ, QUI N'Y EST PAS PRÉPARÉ**

Le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, le docteur Louis René, écrivait, dans le numéro de janvier 1992 du bulletin de l'Ordre : *« Des années de recherche et de progrès thérapeutiques nous permettent enfin de dominer la douleur tandis qu'une évolution de mentalité lui a fait perdre son aura rédemptrice. Aujourd'hui, la douleur n'est plus au-dessous des ressources de la thérapeutique ! Elle doit donc être maîtrisée. Malheureusement, persistent encore des réticences de la part de certains médecins ou pharmaciens lorsqu'il s'agit d'utiliser ou de délivrer des préparations à base de produits classés "stupéfiants" par les textes officiels, alors que l'expérience a montré aux spécialistes, et notamment à ceux qui s'occupent de soins palliatifs, que les doses à prescrire, pour être efficaces, devaient être supérieures aux doses limites de la pharmacopée officielle.*

*Bien entendu, traiter la douleur ne se réduit pas à une prescription médicamenteuse, il faut savoir aussi prendre en charge globalement l'homme douloureux.*

*Ne dites plus : "C'est une douleur insoutenable, traitez-la !".»*

Force est de constater que dans le domaine du traitement de la douleur, la formation des médecins est fractionnée et lacunaire.

L'enseignement détaillé du traitement des douleurs, chroniques, aiguës, spécifiques à certaines affections, occupe une place insuffisante dans les programmes actuels de la plupart des Unités de Formation et de Recherche (UFR).

Si notre héritage culturel pèse lourdement sur nos comportements en matière d'approche du phénomène douloureux, il est aussi vrai que la surévaluation des effets secondaires des morphiniques, la peur d'une toxicomanie induite par leur utilisation, provoquent un blocage évident et tout à fait obsolète.

De son côté, la législation hospitalière et l'organisation interne des établissements de santé, y compris en ce qui concerne les soins palliatifs, ne sont pas adaptées à une prise en charge moderne du traitement de la douleur et, entre autres, par rapport à l'accueil à la demande du malade.

**Certaines douleurs sont à la fois mal évaluées et insuffisamment traitées par le système de santé. Il faut bien dire que celui-ci n'y est pas préparé : les initiatives hospitalières sont courageuses, mais empiriques et trop méconnues des patients, des réticences à la prescription persistent en médecine ambulatoire, la prise en charge des traitements par la sécurité sociale n'est pas complète. La lutte contre la douleur ne constitue pas une priorité de l'industrie pharmaceutique.**

### **1. Certaines douleurs ne sont pas toujours évaluées et combattues**

**Certaines douleurs spécifiques ne sont pas suffisamment traitées par notre système de santé ; il en est ainsi des douleurs cancéreuses, des douleurs liées au Sida, des douleurs de l'enfant, des douleurs du sujet âgé et des douleurs post-opératoires.**

#### *a) Les douleurs cancéreuses*

**Le cancer ne doit pas être associé à la douleur. Néanmoins, la prévalence de la douleur chez le cancéreux est assez forte, puisqu'environ le tiers des patients souffre au début du traitement et que les 3/4 des malades en phase terminale, présentent des sensations douloureuses ou très douloureuses. C'est, dans l'immense majorité des cas, le caractère insupportable de la douleur, combinée avec un état dépressif, qui est à l'origine des demandes d'euthanasie.**

**Les douleurs qui apparaissent au début du traitement et qui sont souvent à l'origine de la consultation médicale à la suite de laquelle est prononcé le diagnostic, sont assez fréquentes pour les cancers de l'ovaire, du sein et de la prostate. D'autres douleurs peuvent être la conséquence de la délivrance ou de la suspension de certains traitements.**

**Il en est ainsi de certaines interventions chirurgicales (amputations, mastectomies...) ou de certaines chimiothérapies ou radiothérapies. Selon des études citées par le journal "Impact Medecin", la douleur cancéreuse implique des facteurs tumoraux dans 70 % des cas, des facteurs iatrogènes dans 20 % des cas et des facteurs algogènes généraux dans 10 % des cas. Ces études indiquent également que la douleur cancéreuse a rarement une seule origine : à un stade avancé de la maladie, la douleur de 80 % des patients qui souffrent provient d'au moins deux causes différentes.**

D'autres enfin, les plus fréquentes, sont la conséquence du développement de la maladie. L'origine de ces douleurs peut être un excès de nociception, mais aussi un dysfonctionnement du système nerveux ; les cancéreux souffrent enfin souvent de douleurs psychogènes.

La prise en charge de ces douleurs par notre système de santé est insuffisante, comme l'a montré une très intéressante étude réalisée par le Groupe d'Etudes et de Recherches sur la douleur ; elle révèle que les douleurs ne sont bien prises en charge que dans un tiers des cas.

Or, il convient de garder à l'esprit le fait que la France compte chaque année 200 000 cancéreux de plus. En outre, comme l'a rappelé le Professeur TUBIANA au cours des auditions du 27 octobre dernier, beaucoup de cancéreux vivent longtemps après l'apparition de la maladie. Enfin, compte tenu de l'évolution démographique, la prévalence de nouveaux cancers diagnostiqués chaque année va augmenter d'environ 15 % au cours des quinze prochaines années.

Or, les douleurs cancéreuses peuvent être prises en charge, avec des traitements adaptés à l'intensité de la douleur et l'évolution de la maladie.

#### *b) Les douleurs liées au Sida*

Avec 110.000 séropositifs environ, l'importance des douleurs liées au Sida constituera, dans les prochaines années, en l'absence de découverte d'une thérapeutique efficace pour éradiquer cette maladie, un véritable défi adressé à notre système de santé. D'ores et déjà, le nombre de malades atteints du Sida nécessite une constante attention que ce soit au début de la maladie ou en phase terminale : on estime ainsi que la prévalence de phénomène douloureux chez les malades est de 60 à 80 %.

Selon A. SERRIE, M. LEFKOWITZ et C. THUREL, la douleur constitue même la principale cause d'hospitalisation des sidéens, la deuxième cause étant la fièvre.

Elle peut revêtir de multiples formes ; statistiquement, cependant, les douleurs les plus fréquentes sont des douleurs digestives, des neuropathies périphériques et des céphalées qui peuvent être en rapport avec la maladie ou son traitement par l'A.Z.T.

Les douleurs digestives les plus prégnantes sont celles de la cavité buccale (3/4 des personnes séropositives sont atteintes d'une

candidose buccale), des douleurs oesophagiennes et des douleurs abdominales, biliaires ou hépatiques.

Des neuropathies périphériques ainsi que des rhumatismes sont fréquents tout au long de l'évolution de la maladie : ces douleurs chroniques sont particulièrement invalidantes.

Les douleurs des sidéens contribuent à aggraver leur état de santé les douleurs digestives entraînent une perte de poids et un affaiblissement général. Le caractère chronique de certaines douleurs comporte des conséquences psychologiques qui peuvent être très graves. L'accumulation de ces douleurs conduit ainsi certains malades à refuser tout nouveau traitement et à raccourcir ainsi leur durée de vie.

La prise en charge des douleurs des malades du Sida est imparfaite, car elle est difficile. Ces douleurs sont en effet très variées et dépendent des pathologies dont les malades sont atteints. La superposition de ces pathologies et l'imbrication des douleurs rendent délicate l'évaluation de leur origine comme leur prise en charge. En outre, de multiples traitements ou diagnostics sont eux-mêmes la cause de douleurs : il en est notamment ainsi des endoscopies ou ponctions veineuses répétées.

Enfin, la prise en charge des douleurs des patients toxicomanes ou anciens toxicomanes est rendue très malaisée par la réticence de certains médecins à prescrire des opiacés dont ils craignent, soit qu'ils ont été demandés par les malades en raison de leur toxicomanie, soit qu'ils constituent le facteur déclenchant d'une récurrence chez les anciens toxicomanes.

L'infection par le V.I.H. présente ainsi cette terrible caractéristique de multiplier les causes et l'intensité des douleurs et de multiplier aussi les obstacles à leur prise en charge. Une enquête réalisée auprès de malades révèle ainsi que moins du tiers d'entre eux se disent à peu près soulagés par les traitements qui lui sont prescrits.

En première urgence se pose le problème de l'accueil à prévoir pour 32.000 Sidéens, soit en établissements de santé, soit en soins à domicile.

C'est dès à présent qu'il convient de prendre toutes dispositions pour ne pas être dépassé par l'ampleur de la demande.



### *c) La douleur de l'enfant*

La négation de la douleur de l'enfant constitue une des carences les plus dramatiques de notre système de santé. Or, Mme Annie GAUVAIN-PIQUARD et M. Michel MEIGNIER ("La douleur de l'enfant") estiment, à partir d'enquêtes réalisées au cours des cinq dernières années, qu'«à peine 1 % des douleurs de l'enfant est véritablement combattu», alors que 80 % d'entre elles pourraient être traitées efficacement.

Quelles sont les raisons d'une telle situation? De la même manière que pour les douleurs liées au Sida, il semble que tous les obstacles se conjuguent pour empêcher une réelle prise en charge des douleurs de l'enfant.

Il y a d'abord la difficulté de les évaluer. Elle résulte des problèmes rencontrés par l'enfant pour exprimer sa douleur : combien de parents resteront désarmés devant les pleurs d'un nouveau-né dont ils ne connaissent pas la signification, ou devant l'atonie d'un jeune enfant qui pourra être interprétée comme un signe de fatigue ou de lassitude ?

Elle résulte également de l'absence de fiabilité de la réponse de l'enfant à la question : "est-ce que tu as mal ?" Le plus souvent, en effet, il répondra : "non" pour éviter de décevoir ses parents, ou encore parce qu'il est hospitalisé et qu'il craint qu'une réponse positive entraîne immédiatement la délivrance d'un traitement douloureux, ou enfin parce qu'il a peur d'apparaître comme un enfant "douillet". Pour connaître et évaluer la douleur de l'enfant, il conviendra donc, souvent, que le médecin et les parents entreprennent une véritable démarche d'investigation.

Or, les médecins ne sont pas tous, ni formés à l'évaluation de la douleur, ni conscients de la possibilité d'une douleur de l'enfant : il y a seulement une dizaine d'années, beaucoup estimaient ainsi que le nourrisson ne peut souffrir, son système nociceptif n'étant pas encore développé.

Les auteurs précités, Mme Annie GAUVAIN-PIQUARD et M. Michel MEIGNIER, font ainsi référence à une étude réalisée en 1987 par le Dr ANAND, anesthésiste. Celui-ci a constaté que, sur 40 articles médicaux traitant d'une opération du nouveau-né qui nécessite une ouverture du thorax, seuls 9 d'entre eux faisaient allusion au fait qu'une anesthésie avait été pratiquée.

A l'insuffisance de la reconnaissance et de l'évaluation de la douleur de l'enfant s'ajoutent les carences du traitement.

L'arsenal thérapeutique à la disposition des médecins pour combattre la douleur chez l'enfant n'est pas aussi performant ni aussi diversifié que chez l'adulte : certains médicaments ne sont pas présentés sous forme pédiatrique et les médecins sont souvent contraints de prescrire, hors indication de l'autorisation de mise sur le marché.

En outre, les craintes des médecins et des parents face aux possibles effets secondaires des antalgiques majeurs sont démultipliées lorsqu'il s'agit de traiter la douleur de l'enfant (ce qui est, il faut le souligner, une manière de la nier) : l'enfant deviendra-t-il, plus tard, toxicomane ? Résistera-t-il à la prescription d'opiacés à doses élevées ? Enfin, les pesanteurs culturelles associant la morphine à la phase terminale et à la mort constituent un obstacle très important à la prise en charge de la douleur de l'enfant.

Certes, les connaissances se développent et s'affinent, notamment grâce à l'élaboration de méthodes d'évaluation de la douleur de l'enfant.

Ont ainsi été mises au point des échelles visuelles d'évaluation, de même que des échelles de "mimiques" ou des échelles comportementales, les échelles verbales étant chez l'enfant beaucoup moins fiables que chez l'adulte en raison, notamment, de l'imprécision du vocabulaire des tous-petits. Ainsi, l'échelle D.E.G.R. (Douleur Enfant Gustave ROUSSY) vise à apprécier chez l'enfant :

- les signes directs de douleur, en étudiant la position antalgique au repos (l'enfant évite de prendre une position ou, à l'inverse, ne change pas de position), la protection spontanée des zones douloureuses, l'attitude antalgique dans le mouvement (l'enfant évite d'utiliser une partie de son corps ou prend des précautions particulières pour effectuer certains gestes), le contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise et les réactions à l'examen des zones douloureuses ;

- l'expression volontaire de la douleur, en observant la localisation, spontanée ou non, de zones douloureuses par l'enfant et en écoutant ses plaintes somatiques ;

- l'atonie psychomotrice, en constatant le manque d'expressivité de l'enfant, son désintérêt pour le monde extérieur, la lenteur et la rareté de ses mouvements.

Il reste à diffuser ces connaissances auprès des médecins et des patients et, surtout, à développer la recherche pharmaceutique et clinique sur la douleur de l'enfant.

*d) La douleur chronique du sujet âgé*

La douleur des personnes âgées, qui présente des traits communs avec la douleur des enfants, n'est ni très connue, ni très bien prise en charge par notre système sanitaire et social.

Un peu moins de la moitié des personnes âgées de plus de 80 ans souffrent de douleurs ponctuelles ou chroniques. Or, ces douleurs intéressent assez peu, il faut bien le dire, chercheurs et médecins.

La douleur, chez le sujet âgé, provient souvent d'affections lombaires ou d'arthroses. Elle peut être également la conséquence d'un cancer, d'un alitement ou d'une immobilisation prolongée, ou encore d'une chute.

Ces douleurs, bien souvent, sont peu ou mal exprimées : comme les enfants, les personnes très âgées répugnent souvent à avouer qu'elles ont mal, par peur de devenir une charge pour l'entourage ou par sentiment de culpabilité. Ce mutisme peut également être la conséquence d'une grande lassitude de voir des plaintes douloureuses demeurées sans réponse de la part du personnel soignant ou de l'entourage.

Dans bien des cas aussi, ces douleurs peuvent être à l'origine de phénomènes dépressifs ou en être la conséquence. La peur de mourir, la volonté de guérir sans se plaindre ou l'envie de se laisser mourir n'incitent pas le sujet âgé à exprimer son mal. D'autres voudraient peut-être le faire, mais ne le peuvent pas : les démences séniles ou un état général trop affaibli constituent ainsi des obstacles à la prise en charge de la douleur. Eu égard à leur faiblesse et leur âge très avancé, les personnes âgées subissent, peut-être moins bien que les adultes, les conséquences des douleurs non traitées : celles-ci peuvent entraîner la perte du sommeil, la sous-alimentation et l'accélération d'un processus de dégénérescence.

Si les personnes âgées sont plus vulnérables que d'autres à la douleur, la prescription d'antalgiques peut, en outre, être rendue plus délicate en raison de leur état de santé : ainsi, doivent être prescrits avec des précautions particulières les antalgiques qui peuvent avoir des effets indésirables sur l'appareil digestif ou rénal, ou ceux qui peuvent être trop difficiles à avaler, ou encore les psychotropes auxquels les personnes âgées réagissent plus que les adultes.

Le problème de la prise en charge de la douleur des sujets âgés, aujourd'hui insuffisante, est de surcroît appelé à revêtir, dans les prochaines années, une acuité nouvelle avec le vieillissement démographique : le pourcentage de personnes âgées de plus de 60 ans devrait doubler d'ici 2020, date à laquelle l'INSEE estime que la durée de vie moyenne sera de 82 ans au lieu de 77 aujourd'hui.

D'ores et déjà, notre pays compte plus de 4 millions de personnes âgées de plus de 75 ans, dont 540.000 personnes hébergées dans des établissements sociaux ou des unités de long séjour. La prise en charge des douleurs des sujets âgés constitue donc un sujet auquel doivent être sensibilisés, non seulement les familles, mais aussi les personnels médicaux, paramédicaux et sociaux, dont il conviendrait de renforcer la formation.

#### *e) La douleur post-opératoire*

La douleur post-opératoire, qui concerne environ 1 million de Français chaque année (soit le tiers des 4 millions de personnes qui subissent annuellement une intervention chirurgicale), n'est pas bien prise en charge par notre système de santé.

Pourtant, la crainte de souffrir après une intervention chirurgicale est souvent très forte chez les patients devant la subir.

Une étude réalisée par MM. L. BRASSEUR, F. LARUE et Y. CHARPAK montre que 30 % des médecins ne prescrivent jamais de morphine ; parmi ceux qui en prescrivent, 20 % ne savent pas, faute d'avoir interrogé leurs patients, si une prescription a effectivement soulagé leur douleur. Les causes d'une telle carence sont multiples.

Premièrement, le niveau d'exigence des malades, d'abord, est faible. S'ils craignent, en effet, la douleur post-opératoire, leur principale préoccupation est d'être guéri après l'intervention chirurgicale. Pour de nombreux patients, une hospitalisation n'est pas un événement courant mais une expérience qu'ils vivent pour la première ou la deuxième fois de leur vie et la douleur est considérée par nombre d'entre eux comme "le prix de la guérison". Les taux de satisfaction observés par MM. BRASSEUR, LARUE et CHARPAK viennent conforter cette analyse : 15 % des patients sont satisfaits à 100 %, 60 % sont satisfaits à 50 % et il est frappant de constater que 20 % des patients ayant subi une intervention chirurgicale ne se prononcent pas. N'ont-ils pas souffert ? Ou plutôt, ne connaissent-ils pas bien les possibilités de la médecine de traiter la douleur ? Ou le mutisme est-il, comme chez les enfants, un indice du souvenir de la

douleur ? Si le niveau d'exigence des patients est faible, celui des médecins l'est également. La préoccupation du chirurgien rencontre en effet celle du malade : c'est la guérison.

Deuxièmement, de nombreux personnels médicaux ou paramédicaux ne font qu'une confiance limitée au malade pour évaluer correctement sa douleur (MM. BRASSEUR, LARUE et CHARPAK ont évalué cette proportion de médecins à 70 %). Estimant qu'il leur appartient d'évaluer la douleur du malade, ils expriment ainsi un regard satisfait sur leurs pratiques, étant convaincus qu'ils ont bien fait leur travail.

Troisièmement, leur formation à l'utilisation des techniques d'analgésie autocontrôlée est insuffisante, comme est insuffisante la formation des personnels infirmiers qui jouent pourtant un rôle essentiel dans l'évaluation de la douleur des patients à travers le rapport privilégié qu'ils entretiennent avec eux.

Enfin, les médecins craignent les effets secondaires des morphiniques et sont particulièrement soucieux d'une possible dépression respiratoire : or, ils ne disposent pas toujours des moyens matériels et humains de surveillance des patients sous morphiniques et ils considèrent donc, assez facilement, que la guérison peut justifier une douleur mais pas une prise de risque au niveau respiratoire.

Au cours de son audition le 27 octobre dernier, Mme Geneviève BARRIER a fait référence à un audit de la prise en charge de la douleur post-opératoire à l'Assistance Publique ; elle a particulièrement insisté sur le décalage qui peut de surcroît exister entre les prescriptions des médecins et leur réalisation effective.

## **AUDIT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE A L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS**

### **Objectifs :**

Mesurer l'incidence et décrire les conditions de prise en charge de la douleur chez les patients opérés à l'AP-HP

### **Méthodes :**

Audit un jour donné, sur dossiers de chirurgie et d'anesthésie et interrogatoire des patients opérés et hospitalisés 24 heures après l'intervention.

Un établissement et 4 services de chirurgie ayant refusé de participer à l'enquête, l'échantillon est de 473 patients (96 services de chirurgie). La mesure de la douleur a été effectuée par une échelle verbale simple et les prescriptions comparées aux normes pharmacologiques des molécules de l'International Association for Study of Pain (IASP).

### **Résultats :**

46 % des patients interrogés ont subi une douleur forte ou très forte, dans les 24 heures post-opératoires.

Les deux profils de prescription les plus fréquemment rencontrés ont été une prescription unique, comportant soit du Propacétamol (38 %), soit l'association Propacétamol-Morphine ou Buprénorphine (23 %).

Si globalement 30 % des patients ont reçu des morphiniques, la fréquence de chirurgies responsables a priori de douleurs fortes était de 50 % environ.

La dose des molécules utilisée apparaît conforme dans 86 % des cas, mais l'intervalle entre doses est excessif dans plus de 50 % des prescriptions.

La réalisation des prescriptions n'a été conforme aux prescriptions que dans 24 % des cas. De plus, la première injection d'antalgiques post-opératoires n'a été effectuée dans les deux heures suivant la dernière injection pré-opératoire que dans 1 cas sur 3. Seulement 12 % des opérés ont eu une deuxième prescription afin d'adapter l'antalgie à la douleur objectivée.

Enfin, 25 % des patients avaient reçu une information sur la douleur avant l'intervention.

Au total 74 % des patients se disaient satisfaits de la prise en charge de la douleur, ce pourcentage étant de 58 % chez ceux qui ont subi une douleur forte ou très forte. 11 % des opérés environ ont subi une chirurgie a priori très douloureuse, mais malgré une prise en charge correcte ont subi une douleur forte : ce sous-groupe représente les candidats potentiels à l'analgésie autocontrôlée, qui dans cette enquête n'a été réalisée que dans 2 % des patients.

**Conclusions :**

Cette enquête montre que si la majorité des patients apparaissent satisfaits, des actions peuvent être entreprises pour améliorer la prise en charge de la douleur en post-opératoire :

- information des patients avant l'intervention,
- réévaluation de la douleur en post-opératoire,
- formation des personnels à la prescription et à la surveillance des morphiniques,
- développement de techniques innovantes (analgésie auto-contrôlée...).

## **2. Notre système de soins n'est pas préparé à la prise en charge de la douleur.**

Alors que la douleur constitue près de 70 % des motifs des premières consultations dans notre pays, notre système de santé n'est pas préparé à la prendre en charge.

*a) Les initiatives hospitalières sont spontanées et isolées ; elles rencontrent de nombreuses difficultés de fonctionnement*

Certains hôpitaux ont tenté de mettre en place des structures de prise en charge de la douleur, que ce soit sous la forme de consultations ou de centres anti-douleur. Ces structures, dont la création a reposé le plus souvent sur des volontés individuelles, sont largement méconnues de l'administration et insuffisamment connues des patients ; elles rencontrent de nombreuses difficultés de fonctionnement. En effet, faisant appel à des équipes pluridisciplinaires, elles disposent rarement de locaux et de personnels qui leur soient propres et vivent le plus souvent de la "charité" des autres services, ce qui les place dans une réelle situation de précarité. Comme l'a souligné le Dr F. BOUREAU au cours des auditions du 27 octobre dernier, les créations par redéploiement sont de surcroît devenues très difficiles aujourd'hui en raison des contraintes budgétaires qui pèsent sur l'hôpital public. L'action des "pionniers" des centres anti-douleur a donc beaucoup de mal à être relayée dans de nouveaux établissements.

La précarité de la situation résulte également de ce que le Dr BOUREAU a qualifié "d'absence de reconnaissance" du traitement de la douleur à l'hôpital. Celle-ci résulte de deux facteurs principaux. D'abord, le traitement de la douleur au sein de centres ou de consultations est considéré comme "peu rentable" par l'administration et certains médecins qui observent le nombre de patients suivis et estiment qu'il est très faible par rapport aux autres unités de soins de l'établissement. La durée des consultations y est, en effet, souvent plus longue, la prise en charge de la douleur nécessitant une écoute du patient et son analyse ne pouvant être réalisée qu'au terme de procédures d'auto-évaluation réalisées par celui-ci avec l'aide du médecin.

Une telle approche présente de surcroît l'inconvénient de ne pas prendre en considération les sommes économisées, pour l'assurance maladie, à l'occasion d'une prise en charge réussie de la douleur. Sont en effet ainsi évités des arrêts de travail, de multiples consultations médicales qui peuvent dans certains cas relever du



nomadisme médical et de très nombreux examens diagnostiques, parfois redondants.

Dans une certaine mesure, cette absence de reconnaissance résulte peut-être aussi du contenu des consultations de traitement de la douleur ; celles-ci revêtent en effet à la fois un caractère médical et un caractère psycho-social, absolument nécessaire si le médecin veut laisser s'exprimer le patient et, le cas échéant, prendre en considération l'origine psychogène de certaines douleurs. Cette dernière caractéristique des consultations anti-douleur constitue, il faut le reconnaître, un "mauvais point" pour ceux qui, médecins ou non médecins, considèrent que la médecine serait encore plus intéressante s'il n'existait pas les patients...

En 1991, le ministère de la santé a pris l'initiative de publier le rapport du Groupe de travail sur les structures spécialisées dans le traitement de la douleur chronique qu'il avait constitué (B.O. n° 91/3 bis, *La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement*). Ce rapport devait constituer, selon M. Jean-François GIRARD, Directeur Général de la Santé, "un outil de travail pour les professionnels de santé et une incitation à développer les modèles proposés". Il a d'abord présenté les principes généraux d'organisation qui devraient régir le fonctionnement des structures de traitement de la douleur chronique.

Leur activité devrait être orientée autour de quatre thèmes : l'évaluation et l'orientation thérapeutiques pour les patients qui lui sont adressés par un médecin traitant en vue d'obtenir un avis diagnostique ou des conseils, le traitement et le suivi à long terme pour certaines douleurs chroniques difficiles à prendre en charge, la diffusion des connaissances, au sein et à l'extérieur de l'établissement et enfin la recherche fondamentale et appliquée.

Ces structures devraient avoir vocation à accueillir des patients souffrant de douleurs rebelles aux autres traitements et fonctionner selon un principe pluridisciplinaire en réunissant au moins trois médecins, dont deux médecins appartenant à des disciplines différentes (anesthésistes, neurochirurgiens, médecins internistes ou pédiatres, neurologues, oncologues ou rhumatologues) et un psychiatre.

Le groupe de travail recommandait qu'au moins deux de ces médecins soient titulaires d'un diplôme d'université sur la douleur et qu'ils travaillent en équipe dans des locaux spécifiques.

Ces structures de prise en charge de la douleur ne devraient pas faire double emploi avec les structures hospitalières existantes ; elles accueilleraient des malades adressés par des confrères et disposant d'un dossier complet, l'objectif étant "autant

que possible, d'obtenir la collaboration du médecin référent et non de se substituer à lui".

Trois ans après la publication de ce document, la circulaire DGS/DH 94 n° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques est venue consacrer ces principes et a tenté de procéder à un recensement des structures existantes. Elle a confié aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales la mission de diffuser un questionnaire annexé à la circulaire à tous les établissements publics ou privés et de transmettre les résultats à la Direction Générale de la Santé avant le 30 mars 1994.

Les questions posées ont été les suivantes :

- existence d'un centre ou d'une consultation de lutte contre la douleur chronique ;
- qualification et qualité (PU, PH,...) du responsable ;
- service ou département de rattachement ;
- existence de locaux propres (salles de consultations externes, salle pour groupe de patients, salles de réunion) ;
- existence de locaux d'hospitalisation et nombre de lits spécifiques ou rattachés (hôpital de jour, hôpital de semaine, unité hospitalière) ;
- existence d'un laboratoire d'explorations fonctionnelles ;
- composition de l'équipe médicale et paramédicale et modalités de la collaboration de ses membres (plein temps, temps partiel, médecins, attachés...) ;
- indépendance par rapport à une unité de soins palliatifs ;
- mode d'admission des patients ;
- activité de la structure (partitative et qualitative) ;
- techniques et thérapeutiques mises en oeuvre.

Le bilan de ce premier recensement des structures de prise en charge de la douleur dans notre système hospitalier public et privé vient de s'achever. Dans la mesure où il repose sur des données déclaratives, il est probable qu'il n'agrège pas des informations homogènes et que certaines statistiques, au premier rang desquelles figure le nombre de structures de prise en charge de la douleur, soient

à corriger très nettement à la baisse pour obtenir un résultat décrivant exactement la réalité.

• **Les 270 réponses au questionnaire : la prise en charge de la douleur.**

Sur les 270 établissements ayant déclaré assurer d'une manière ou d'une autre, la prise en charge de la douleur, 60 % sont des établissements publics ou privés participant au service public, 5 % des établissements privés à but non lucratif, 5 % des centres de lutte contre le cancer et 30 % sont des établissements privés à but lucratif. Dans plus de 55 % des cas, le médecin responsable est un anesthésiste-réanimateur, toutes les autres spécialités (neurochirurgien, rhumatologue, oncologue, psychiatre...) représentant des taux compris à l'intérieur d'une fourchette très étroite (2 à 7 %).

Au sein des équipes médicales, les anesthésistes sont logiquement très représentés (1,8 par équipe), suivis par les psychiatres (0,9 par équipe), les neurologues (0,7), les oncologues et les rhumatologues (0,6 pour chacune de ces deux disciplines). Il convient de noter que les pédiatres ne représentent que 0,16 médecin par équipe ; dans 8 régions, aucun pédiatre n'est recensé au sein des équipes pluridisciplinaires.

Les réponses aux questions concernant les moyens matériels, qui auraient dû faire apparaître le caractère propre ou non des locaux et des lits de la structure, ont été considérées comme inexploitable. Ceci confirme que de nombreux établissements ont répondu malgré l'inexistence, en leur sein, d'une structure individualisée de prise en charge de la douleur. Ceci confirme également, et il conviendrait d'y remédier, qu'il est finalement très difficile, pour le ministère, de pénétrer dans ce que Mme Simone Veil, Ministre d'Etat, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville a qualifié de "boîte noire" des établissements de santé.

Le nombre de patients suivis en un an par les 270 établissements ayant répondu positivement au questionnaire est évalué à 100.000, dont 2/3 ont déjà été suivis au cours de l'année précédente. Ce nombre est très faible.

En outre, si chaque établissement suit en moyenne 500 patients, près de la moitié des 270 structures accueille moins de 100 patients par an, soit 2 par semaine.

Fait également significatif des carences de la prise en charge des douleurs de l'enfant, seuls 1000 enfants ont été traités, en un an, au sein de ces structures.

Les douleurs qu'elles traitent se répartissent comme suit :

Cancer : 41 %  
 Pathologie vertébrale : 20 %  
 Affection neurologique : 16 %  
 divers : 15 %  
 Céphalées : 7 %  
 VIH : 1 %

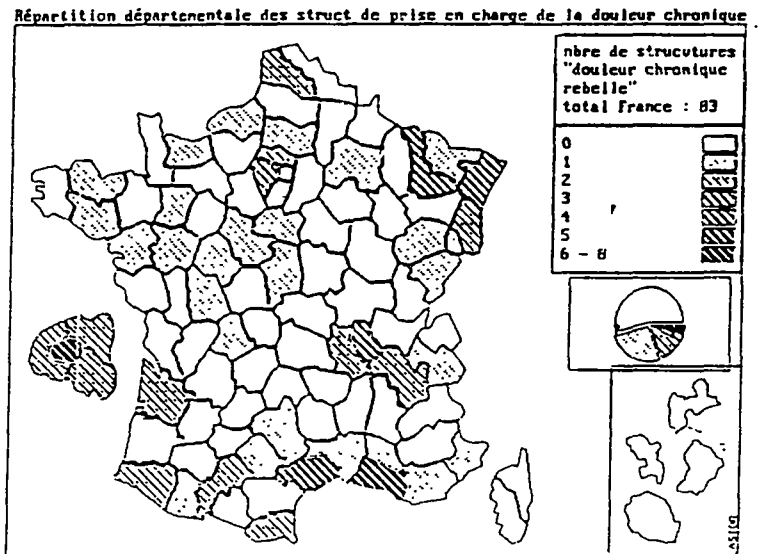
L'importance relative de ces pathologies varie en fonction des établissements ; il est probable que la part représentée par les douleurs liées à l'infection par le VIH connaît une forte progression au cours des années qui viennent.

Les 4/5 de ces structures effectuent exclusivement des consultations internes pluridisciplinaires ; la moitié déclare avoir une activité d'enseignement, les activités de recherche étant beaucoup plus dispersées.

• 83 établissements déclarent avoir une consultation ou un centre anti-douleur correspondant aux critères de la circulaire: la prise en charge de la douleur chronique.

Parmi les 270 réponses, seules 83 correspondent au modèle de centre anti-douleur décrit par la circulaire de janvier 1994 et satisfont ainsi aux critères posés par le groupe de travail du ministère (B.O. n° 91-3 brs). Dans la moitié des départements, il n'existe aucune structure ainsi organisée et près de 30 % des départements n'en possèdent qu'une.

L'insuffisance du dispositif de lutte contre la douleur chronique dans 80 % des départements français est bien illustrée par la carte suivante :



**Ces structures répondent aux critères suivants :**

- une prise en charge pluridisciplinaire, au travers de réunions pluridisciplinaires ou de consultations spécialisées ;
- la présence au sein de l'équipe d'un psychiatre ou d'un psychologue ;
- la pratique d'une évaluation et d'une orientation thérapeutique des patients ;
- la pratique d'une prise en charge médico-psychologique et d'un suivi à long terme ;
- la pratique de moyens thérapeutiques diversifiés.

**Elles correspondent, pour 33 % d'entre elles, à des "consultations de la douleur", pour 21 % à des "centres de traitement de la douleur" et pour 13 % à des "unités d'évaluation et de traitement de la douleur". Deux d'entre elles sont constituées en département et bénéficient donc d'une autonomie complète, les 81 autres étant rattachées à d'autres services de l'hôpital :**

- 20 à un service d'anesthésie-réanimation ;**
- 12 à un service de neurologie ;**
- 5 à un service de neurochirurgie ;**
- 5 à un service d'oncologie ;**
- 2 à un service de rhumatologie ;**
- 1 à un service d'urgences.**

**Il convient d'observer que plus de la moitié de ces 83 établissements n'ont pas répondu à la question concernant le service de rattachement : même lorsque les établissements déclarent l'existence d'une structure, ils ne peuvent dire comment elle s'intègre dans l'organisation de l'hôpital.**

**Ce mutisme peut avoir deux significations :**

- **soit la moitié des structures déclarées n'en sont pas véritablement, et la France compterait donc, non pas 83 unités hospitalières de lutte contre la douleur, mais 40, ce qui est inquiétant ;**
- **soit les établissements ne prennent pas la peine d'expliquer au ministère la manière dont ils sont organisés lorsqu'on le leur demande, et ceci est tout aussi inquiétant.**

**Par rapport aux 270 réponses positives, les réponses des 83 établissements ayant déclaré l'existence d'une unité de prise en charge de la douleur présentent plusieurs spécificités :**

- la présence plus importante des psychiatres, des rhumatologues et des psychologues au sein des équipes ;
- le nombre plus élevé (560 par an, au lieu de 500) des patients accueillis ;
- une répartition plus équilibrée des douleurs traitées, avec une moindre importance du cancer (28 % au lieu de 41 %) mais une plus forte proportion des affections neurologiques (20 % au lieu de 16 %), des pathologie vertébrales (28 % au lieu de 20 %), des céphalées (11 % au lieu de 7 %). En revanche, le nombre de malades du Sida suivis par les centres est aussi faible (1 %) ;
- la plus grande importance des activités de recherche : 44 % des centres déclarent avoir une telle activité, contre 25 % des 270 établissements ayant répondu positivement au questionnaire ;
- la plus grande importance des activités d'enseignement, que réalisent 3/4 des centres ;
- la plus grande diversité des moyens thérapeutiques utilisés.

**En conclusion, les réponses au questionnaire annexé à la circulaire de janvier 1994 viennent malheureusement conforter un diagnostic très sévère pour notre système hospitalier : sur les quelque 3500 établissements de santé publics et privés en France, seuls 270 déclarent avoir une activité de lutte contre la douleur, seuls 83 déclarent avoir individualisé une structure répondant aux critères énoncés par la circulaire et plus de la moitié de ces derniers ne sont pas capables de décrire les modalités de cette individualisation au sein de l'organisation de l'établissement. Même si la prise en charge de la douleur ne nécessite pas la création d'une unité spécialisée dans chaque établissement, ces données révèlent son caractère insuffisant.**

*b) Des carences persistent en médecine ambulatoire*

La prise en charge de la douleur en médecine ambulatoire présente, elle aussi, de graves carences : elles concernent les médecins, les pharmaciens et les patients eux-mêmes.

- Les médecins sont, dans l'ensemble, satisfaits de leur pratique face à la douleur, mais utilisent très peu de carnets à souches.

L'attitude des médecins face à la douleur peut être appréhendée à partir d'éléments subjectifs, tels que des résultats d'enquêtes ou de sondages, mais aussi à partir d'éléments objectifs : tous montrent que, si les médecins ont le sentiment de bien faire, ils prescrivent en pratique très peu d'antalgiques centraux. Quelques éléments subjectifs d'abord.

Un sondage a été réalisé auprès des médecins généralistes par la SOFRES pour le compte du "Quotidien du Médecin" et de "Paris Match" ; il a été publié le jeudi 27 octobre, journée au cours de laquelle ont été organisées les auditions menées par le groupe d'études et la Commission des Affaires Sociales.

Il révèle que 63 % des médecins généralistes estiment que la prise en charge de la douleur est effectuée correctement en médecine ambulatoire et que 57 % d'entre eux pensent qu'il en est de même à l'hôpital. Ces données sont cohérentes : les médecins généralistes sont, dans l'ensemble, satisfaits de leur pratique et estiment qu'elle est moins bonne ailleurs, en l'occurrence à l'hôpital.

Ces mêmes médecins affirment prescrire des antalgiques majeurs lorsqu'ils sont confrontés à des syndromes douloureux chroniques intenses : seuls 5 % des médecins refusent de prescrire, alors que 36 % prescrivent avec certaines réticences et que 59 % le font sans réticence.

Cependant, si l'on demande aux médecins pour combien de patients approximativement ils ont utilisé leur carnet à souches, les résultats sont plus décevants : seuls 5 % des médecins ont prescrit, en une année, des stupéfiants à plus de dix patients, alors que 70 % des médecins l'ont fait pour moins de quatre patients. Le groupe le plus important, constitué par 1/3 des médecins, a utilisé son carnet à souches pour un ou deux patients.

En moyenne, les médecins généralistes déclarent avoir prescrit des antalgiques centraux opiacés pour quatre patients par an et avoir utilisé quinze feuillets de leur carnet à souches.

Une autre étude, très intéressante, a été réalisée en février 1992 auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes et de cancérologues.

Un cancérologue sur deux a déclaré que moins de 20 % de ses patients cancéreux souffrent de manière importante.

Si seulement 6 % de l'échantillon interrogé déclarent ne jamais prescrire de morphiniques, 55 % des cancérologues affirment en prescrire à moins d'un patient sur cinq.

Si l'on considère maintenant des données objectives, à savoir le nombre de carnets à souches effectivement délivrés chaque année par les conseils départementaux de l'Ordre des Médecins, le constat est encore plus dramatique.

En effet, le nombre de carnets demandés annuellement par les médecins à leur conseil départemental de l'Ordre représente, dans la plupart des départements, entre 10 et 20 % du nombre des médecins inscrits à l'Ordre.

Ainsi, dans la Haute-Vienne, pour 377 médecins inscrits à l'ordre, seuls 55 carnets à souches ont été délivrés. Dans les Hauts-de-Seine, pour 6.362 médecins, 603 carnets ont été délivrés. Dans le Bas-Rhin, pour 3.793 médecins, 505 carnets. Même à Paris, où l'on pourrait intuitivement penser que certains blocages culturels sont moins prégnants que dans d'autres régions, pour 20.645 médecins inscrits, seuls 1.653 carnets ont été délivrés.

Fait important, le nombre de médecins retraités ou non libéraux et non hospitaliers qui demandent des carnets à souches est souvent presque aussi important -voire supérieur- à celui des médecins hospitaliers qui accomplissent une telle démarche !

En outre, le nombre de médecins ayant demandé plus d'un carnet est très faible : il est souvent inférieur à la trentaine dans tous les départements ; il est parfois inexistant.

Ainsi, dans les Pyrénées-Atlantiques (2.249 médecins inscrits), seuls quatorze médecins ont demandé deux carnets, six ont demandé trois carnets et neuf en ont demandé plus de trois. En Savoie, pour 1.157 médecins inscrits à l'Ordre, seuls onze ont demandé deux carnets. Personne n'a demandé plus de deux carnets. A Paris aussi, ces nombres sont très faibles : 88 médecins ont demandé deux carnets, 33 en ont demandé trois et 47 en ont demandé plus de trois.



### • L'attitude ambiguë des patients

Les patients eux-mêmes ont une attitude ambiguë face à la douleur et à sa prise en charge. Bien entendu, ceux qui souffrent aimeraient moins souffrir ou ne pas souffrir du tout et certains entreprennent, souvent avec courage, de frapper à toutes les portes afin d'en finir avec une douleur qui envahit leur existence. Mais d'autres hésitent à exprimer leur douleur, soit parce qu'ils se sentent coupables de souffrir, soit parce qu'ils estiment que la médecine n'y pourra rien faire et qu'ils refusent, en conséquence, d'entretenir un rapport de dépendance avec les médecins ou les thérapeutiques, soit encore parce qu'ils craignent d'apparaître comme trop fragiles, soit enfin parce que la douleur a tellement envahi leur vie qu'elle les a rendus dépressifs et apathiques. Il est encore fréquent de rencontrer des patients qui estiment que la douleur est le prix à payer de la guérison, ou que la douleur doit être acceptée car elle a un sens. On l'a vu en étudiant la prise en charge de la douleur post-opératoire, les indices de satisfaction des personnes opérées ne sont pas si mauvais alors que leur douleur n'est pas toujours convenablement prise en charge.

Le sondage précité, effectué par la SOFRES pour le compte du "Quotidien de Paris" et de "Paris Match", comportait également des questions adressées au grand public. Ses résultats sont assez ambigus.

60 % des personnes estiment que la douleur est bien prise en charge, que ce soit en médecine de ville ou à l'hôpital. L'on pourrait penser, puisque cette opinion est majoritaire, qu'elle est positive. Or, 60 % est un mauvais score sur des sujets sanitaires (quel aurait été le taux de satisfaction si la question avait concerné les crises d'appendicite ?).

Ce score est d'autant plus mauvais que les personnes interrogées ont été confrontées à la douleur, pour elles-mêmes ou pour un proche : seules 52 % de ces personnes estiment qu'elles ont été convenablement prises en charge en ville.

Le sondage montre également que les Français ignorent l'existence de structures spécifiques hospitalières : environ 70 % d'entre eux n'ont jamais entendu parler des centres anti-douleur, qu'ils aient été ou non confrontés à la douleur.

### • Les pharmaciens et les morphiniques

Les études ou sondages concernant les pharmaciens sont moins nombreux que ceux qui ont été réalisés en direction des médecins. Toutefois, le groupe Action Douleur (MM. COUTURIER, F. LARUE, L. BROSEUR, F. CORNU et MULLIER) a interrogé, en mai 1994, un échantillon représentatif de 300 pharmaciens d'officine afin de mieux apprécier leur connaissance des morphiniques et les modalités de la délivrance de ces produits.

Comme les médecins, mais dans une proportion un peu plus faible, les pharmaciens sont, dans l'ensemble, assez satisfaits de la manière dont notre système de santé prend en charge la douleur des patients. Ainsi, 57 % des pharmaciens estiment que le traitement de la douleur des malades cancéreux est pris en charge de manière très (6 %) ou assez (51 %) satisfaisante. Sur une question plus personnelle, l'indice de satisfaction est encore supérieur : 64,3 % estiment que, dans l'ensemble, les médecins dont ils honorent les prescriptions prennent en charge la douleur des patients cancéreux de manière très (7,3 %) ou assez (57 %) satisfaisante.

Cependant, la moitié des pharmaciens n'a jamais entendu parler du protocole de soulagement de la douleur cancéreuse proposé par l'OMS ; 90 % ne téléphonent jamais (52 %) ou rarement (38 %) aux médecins pour s'entretenir des doses de morphine prescrites, 93 % ne leur téléphonent jamais (63 %) ou rarement (30 %) au sujet du rythme d'administration des produits et 97 % ne téléphonent jamais (81 %) ou rarement (17 %) pour évoquer les effets secondaires des produits prescrits.

57 % des pharmaciens n'ont jamais (30 %) ou rarement (27 %) connaissance de l'intensité des douleurs des patients qu'ils traitent et, s'ils ne peuvent honorer une prescription de morphine, 80 % des pharmaciens ne diront jamais (56 %) ou diront rarement (24 %) au patient de s'adresser à l'hôpital.

Les résultats de cette enquête confirment ceux des sondages réalisés auprès des médecins : alors que l'indice de satisfaction des professions de santé est bon, notre système de santé apparaît cloisonné et peu efficient dans la prise en charge de la douleur.

En revanche, contrairement aux idées reçues, 70 % des pharmaciens interrogés déclarent ne pas avoir diminué leur stock habituel de morphine et les 2/3 de ceux qui l'ont diminué l'ont fait en raison d'une diminution des prescriptions. Seuls 10 % des pharmaciens -c'est encore beaucoup trop mais ce taux est plus faible

qu'on le croit généralement- ont réduit leur stock en raison de leur crainte d'une attaque par des toxicomanes.

Et, en semaine, le délai d'approvisionnement des pharmaciens est à 90 % de moins de six heures, l'approvisionnement le week-end semblant plus difficile (plus de douze heures dans les deux-tiers des cas).

*c) Le remboursement de certains traitements par la Sécurité Sociale est imparfait*

Si notre système de soins prend insuffisamment en charge la douleur des patients, le remboursement de certains traitements par la Sécurité Sociale est encore imparfait.

En ce qui concerne la nomenclature, votre Commission regrette qu'elle ne comporte pas de chapitre consacré au traitement de la douleur.

Des premiers travaux avaient été entrepris entre 1987 et 1990, mais le thème de la lutte contre la douleur n'a pas été retenu par la Commission Gubler.

Dès lors, les traitements contre la douleur sont difficilement repérables au sein de la nomenclature et les modalités de cotation des actes ne sont pas harmonisés : certains ne sont pas cotés, d'autres sont cotés par assimilation, d'autres enfin ne font l'objet d'aucune cotation.

Ainsi, la neurostimulation transcutanée ne fait pas l'objet d'une cotation, les techniques entreprises sont, soit cotées par assimilation, soit cotées et toutes les techniques neurochirurgicales ne font pas l'objet d'une cotation.

Les arrêtés concernant le remboursement des diffuseurs portables non réutilisables, des systèmes actifs pour perfusion à domicile, des chambres à catheter implantables et des perfusions simples ne sont remboursés qu'après entente préalable (arrêtés du 28 janvier 1994) et, pour les trois premières catégories, après constatation de l'impossibilité de poursuivre le traitement de la douleur par voie orale.

*d) Le traitement de la douleur ne constitue pas une priorité des recherches entreprises par l'industrie pharmaceutique*

Il n'a pas été possible au groupe d'études d'obtenir de l'industrie pharmaceutique une estimation du volume des recherches sur la douleur qu'elle a entreprises en France ; ceci est regrettable.

Il est malheureusement probable que celui-ci est en rapport avec le volume des antalgiques majeurs actuellement commercialisés, c'est-à-dire très faible. La rentabilité de produits dont la prescription et la délivrance sont soumis à diverses restrictions réglementaires et culturelles étant très peu élevée, l'industrie ne semble pas considérer le traitement de la douleur (sauf pour les antalgiques mineurs) comme un marché porteur.

Il resterait pourtant beaucoup à faire, soit pour découvrir de nouveaux antalgiques, aussi efficaces que la morphine mais ne présentant pas ses effets secondaires, soit pour limiter ceux-ci.

Votre Commission estime que l'industrie s'honorerait à accentuer son effort dans cette direction.

## **II - LES RAISONS D'UNE CARENCE**

Les insuffisances de la prise en charge de la douleur dans notre pays ayant été démontrées, il convient d'analyser les raisons d'une telle carence, inacceptable dans un pays tel que le nôtre.

Il apparaît que deux raisons principales concourent à cette carence.

La formation et l'information sont lacunaires. En effet, la formation des professionnels de santé au maniement des morphiniques est notoirement insuffisante, qu'il s'agisse de la formation initiale ou de la formation continue. En outre, d'anciennes pesanteurs culturelles persistent, surévaluant les effets secondaires des morphiniques et entretenant de faux débats.

- La législation et la réglementation sont inadaptées. D'une part, la législation ne confie pas aux acteurs du système de santé et en particulier aux établissements de santé et aux médecins, une mission de prise en charge de la douleur. D'autre part, les modalités d'utilisation du carnet à souches et les règles de prescription et de délivrance des morphiniques demeurent dissuasives. Enfin, le traitement de la douleur pâtit de l'absence de vraie réponse aux questions posées par le traitement de substitution des toxicomanies.

### **A. LA FORMATION ET L'INFORMATION SONT LACUNAIRES**

#### **1. La formation des personnels de santé est insuffisante**

Les connaissances acquises par la plupart des professionnels de santé au sujet des antalgiques majeurs sont insuffisantes.

Certains le reconnaissent. Ainsi, les enquêtes précitées laissent apparaître que 22 % des cancérologues et médecins généralistes interrogés reconnaissent manquer de connaissances sur le maniement de la morphine, que 2,6 % seulement des pharmaciens déclarent très bien connaître le protocole de soulagement de la douleur cancéreuse proposé par l'OMS. Plus de la moitié d'entre eux estiment que les réticences des praticiens à prescrire des

morphiniques sont plutôt imputables à un manque de connaissances. Une enquête réalisée en 1991 auprès d'infirmiers au sujet de la douleur post-opératoire révèle que 80 % des interviewés déclarent n'avoir reçu ni formation ni information sur la douleur post-opératoire (on se souvient qu'une étude réalisée par le GERD auprès des médecins montre que ceux-ci considèrent pourtant les infirmières comme le personnel le mieux à même d'apprécier la douleur des patients opérés...).

Si l'on s'intéresse maintenant à des données plus objectives, il apparaît que la formation des médecins est rudimentaire et fragmentée.

Au cours du premier cycle, la douleur peut être abordée à l'occasion de l'étude des notions fondamentales de pharmacologie, de psychologie et de neurophysiologie, ou dans le cadre du module de sciences humaines et sociales, en partie centré sur les grands problèmes de société auxquels le futur médecin sera confronté. Au cours du deuxième cycle, elle est évoquée dans l'enseignement de thérapeutique.

Mais il n'existe pas, à proprement parler, d'enseignement individualisé de la douleur et les questions posées au concours de l'internat à cet égard représentent seulement 1 % du total.

Or, ainsi que l'ont observé plusieurs orateurs au cours de la journée d'auditions du 27 octobre dernier, les étudiants sont ainsi faits qu'ils apprennent les réponses qui sont susceptibles d'être posées au concours.

En outre, il existe en France seulement quatre diplômes universitaires sur les soins palliatifs et le traitement de la douleur; ils regroupent 16 des 43 UFR, ce qui signifie, comme l'a fait remarquer le Professeur GRISCELLI, que 27 facultés en sont dépourvues.

En ce qui concerne la formation continue, il est indiscutable que des progrès ont été réalisés depuis deux ans.

En 1993, sur 44 thèmes de formation continue conventionnelle, un thème de formation à la lutte contre la douleur a été retenu. Sur 552 actions indemnisables qui ont concerné 37.000 médecins en 1994, 24 actions indemnisables, c'est-à-dire d'une durée supérieure ou égale à deux jours, ont concerné la douleur. Huit ont été organisées au niveau national et 16 au niveau régional. Elles se sont adressées à 1.959 médecins, dont 905 au niveau national et 1.054 au niveau régional.

Si le nouveau thème de la lutte contre la douleur a attiré l'attention des médecins, cet effort doit être poursuivi.

Les infirmières ne reçoivent pas non plus d'enseignement spécifique consacré à la douleur ; bien sûr, celle-ci est abordée dans le cadre des différents modules de formation et notamment en cancérologie ; mais le maniement des morphiniques et la surveillance de leurs effets secondaires ne constituent pas un module individualisé.

En revanche, le mot "douleur" figure dans le programme de formation des masseurs-kinésithérapeutes ; mais cet enseignement est dispensé dans le cadre d'un module de formation général intitulé "Pathologies, psychologie".

## **2. Les effets secondaires des morphiniques sont surévalués et de faux débats sont entretenus**

Lorsqu'on demande aux professions de santé ou au grand public quelles sont les raisons de leurs réticences à prescrire, à délivrer ou à utiliser de la morphine, l'on se rend compte à quel point l'information sur les effets secondaires des morphiniques est lacunaire, voire déformée.

Ainsi, 45 % des Français (sondage SOFRES/Le Quotidien du Médecin/Paris Match) estiment que la prescription de morphiniques peut entraîner une toxicomanie. Parmi les médecins qui ne prescrivent de la morphine qu'avec réticence, 56 % l'expliquent par la crainte d'induire une dépendance à la morphine et 42 % par celle des risques d'effets secondaires, en particulier respiratoires.

Or, il apparaît que, lorsqu'il sont convenablement prescrits, les morphiniques n'entraînent pas de tels effets. Bien entendu, il existe de nombreuses contre-indications de la morphine, qui ne doit pas, par exemple, être prescrite en cas d'insuffisance respiratoire ou rénale.

Certains effets secondaires bien réels, tels que des nausées ou la somnolence, disparaissent en cours de traitement, alors que d'autres peuvent être utilement prévenus.

Le syndrome de sevrage ne peut survenir qu'en cas d'arrêt trop brutal d'un traitement long ou fortement dosé ; il peut donc être, soit prévenu, soit traité.

La dépression respiratoire ne survient qu'en cas de mauvais dosage du traitement, et de tels accidents respiratoires n'existent pas lorsqu'est utilisé un morphinique à libération lente.

Quant aux effets toxicogènes, il convient de souligner que toutes les études cliniques concluent à leur caractère rarissime chez les patients non toxicomanes.

M. Jean-Marie BESSON cite ainsi une étude américaine réalisée auprès de 10.000 malades algiques ayant suivi un traitement à base de morphine ; quatre cas de dépendance ont été signalés, dont un chez un patient toxicomane. Il rappelle également que la Suède a multiplié par 17 l'utilisation de la morphine sans que le nombre de toxicomanes ait augmenté dans ce pays.

Dès lors, lorsque la morphine fait l'objet d'une prescription sous des formes et à des doses convenables, lorsqu'elle est délivrée non à la demande mais à heures fixes, lorsque sont prises en considération ses contre-indications, elle ne présente pas de danger particulier pour le malade. Il faut donc que les médecins connaissent ces règles et méditent ce que faisait observer, au cours des auditions du 27 octobre dernier, le Docteur F. BLOCH-LAINÉ : "Croire que l'on va générer des toxicomanes en soignant la douleur n'a aucun sens, et cela me rappelle des peurs magiques d'un autre âge".

## **B. LA LEGISLATION ET LA REGLEMENTATION SONT INADAPTEES**

Si les principaux obstacles à la prescription des morphiniques sont des obstacles culturels, la législation et la réglementation sanitaires, qui en portent les stigmates, sont particulièrement dissuasives. Trois exemples méritent d'en être donnés ici.

D'abord, les textes n'imposent pas aux acteurs du système de soins de prendre en charge la douleur des patients.

Ensuite, les règles de prescription et de délivrance des morphiniques sont particulièrement dissuasives.

Enfin, la prise en charge de la douleur pâtit de l'absence de vraies réponses en matière de traitement de substitution des toxicomanes.



## **1. La législation et la réglementation sanitaires ne sont pas très incitatives.**

Notre législation et notre réglementation sanitaires n'incitent pas particulièrement les acteurs du système de santé à intégrer, dans leur comportement, la prise en charge de la douleur.

Certes, le décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie fait référence à la douleur : dans son titre Ier («Devoirs généraux des médecins») figure en effet un article 20 qui dispose que «le médecin doit s'efforcer d'apaiser les souffrances de son malade». Mais «apaiser» n'est pas «prendre en charge», «souffrances» n'est pas «douleur», et l'obligation du médecin n'est pas une obligation de faire, mais de «s'efforcer» de faire.

Si les médecins sont soumis à cette disposition non déontologique, la loi hospitalière ne fait pas obligation aux établissements de santé de s'interroger sur la manière dont est prise en charge la douleur des malades qu'ils accueillent. (sur la disposition adoptée, à l'initiative du Sénat, le 17 novembre dernier, cf. infra).

Certes, l'article L.710-4 du code de la santé publique dispose que «les établissements de santé, publics ou privés développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité».

De telles dispositions ont, d'ores et déjà, permis à certains établissements de procéder à l'audit de la prise en charge de la douleur en leur sein, comme l'a fait l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris pour la douleur post-opératoire (cf. supra). Elles ont permis à d'autres établissements, au vu de cette évaluation, de promouvoir des modalités nouvelles de prise en charge de la douleur grâce à la création de centres ou de consultations de lutte contre la douleur.

L'évaluation ne concerne pas seulement la douleur, loin s'en faut. Le sentiment de bien faire qui prévaut chez les médecins en matière de prise en charge de la douleur ne constitue pas non plus une incitation particulièrement forte à évaluer leur activité dans ce domaine.

L'article L.710-3 du même code dispose qu'«afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé sont tenus de disposer des moyens adéquats». Cette disposition n'est pas non

plus d'un grand secours pour améliorer la prise en charge de la douleur.

Certes, on l'a vu, les médecins hospitaliers ne disposent pas toujours de carnets à souches et, dans certains départements, le nombre de carnets demandés par les médecins retraités est supérieur à celui des carnets commandés par les médecins hospitaliers. Mais, si la prise en charge de la douleur est faible en milieu hospitalier, ce n'est pas par manque de «moyens adéquats» au sens de l'article L.710-3.

## **2. Les règles de prescription et de délivrance des morphiniques sont dissuasifs.**

*«Depuis l'utilisation du carnet de toxiques dans le département de la Seine, la vente des produits toxiques injectables (ainsi que de la cocaïne) dans les officines a diminué des trois quarts».*

Docteur J.R. DEBRAY  
Secrétaire général de l'Ordre  
National des Médecins  
Circulaire du 27 janvier 1949  
aux Conseils départementaux.

### *a) La législation pénale est sévère*

Près de la moitié des médecins généralistes qui ne prescrivent des morphiniques qu'avec réticences attribuent celles-ci au caractère trop contraignant de la législation.

Les dispositions législatives qui régissent, dans notre pays, la prescription et la délivrance des morphiniques constituent des exceptions aux principes posés par la législation sur les stupéfiants qui est une législation pénale.

#### **• Le principe : la législation pénale sur les stupéfiants**

C'est le 1er juillet 1845, sous Louis-Philippe premier que, sur le rapport du député Vivien, la Chambre des Députés adoptait une loi sur la vente des substances vénéneuses dont le but principal était de lutter "contre le détestable génie des empoisonneurs dont le deuil des familles atteste leur science infernale...".

Cette loi, adoptée le 14 juillet 1845, sur la proposition du Président Teste par la Chambre des Pairs, abrogeait les articles 34 et

35 de la loi du 21 germinal an 11 qui visait particulièrement les pharmaciens.

Ce texte était repris par une loi du 12 juillet 1916 concernant les substances vénéneuses notamment l'opium, la morphine et la cocaïne qui aggravait les sanctions pénales et donnait naissance aux décrets du 14 septembre 1916 réglementant les tableaux de classement.

L'article L.626 du code de la santé publique, actuellement en vigueur, dispose, dans un premier alinéa, que «seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2.000 F à 20.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des décrets en Conseil d'Etat concernant la production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi des substances ou plantes ou la culture des plantes classées comme vénéneuses par voie réglementaire ainsi que tout acte se rapportant à ces opérations».

Dans son troisième alinéa, cet article dispose que «les règlements prévus au présent article pourront également prohiber toutes opérations relatives à ces plantes et substances ; ils pourront notamment, après avis des académies nationales de médecine et de pharmacie, interdire la prescription et l'incorporation dans des préparations de certaines de ces plantes ou substances ou des spécialités qui en contiennent».

En outre, l'article L.628, tel qu'il résulte de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, dispose que «seront punis d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 500 F à 15.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants».

Les notions de substances «vénéneuses» et «stupéfiants» sont définies par les articles R.5149 et suivants du code de la santé publique. En fait, les substances vénéneuses comprennent les substances dangereuses (par exemple : substances inflammables, explosives...), les stupéfiants, les psychotropes et les médicaments inscrits en liste I ou II.

Enfin l'article 222-37 du nouveau code pénal punit de dix ans d'emprisonnement et de 50 millions de francs d'amende (au maximum !) le fait de «faciliter, par quelque moyen que ce soit, l'usage illicite de stupéfiants, de se faire délivrer des stupéfiants au moyen d'ordonnances fictives ou de complaisance, ou de délivrer des stupéfiants sur la présentation de telles ordonnances en connaissant

leur caractères fictif ou complaisant». Il convient d'observer que les dispositions relatives à la peine de sûreté sont applicables à ces infractions.

**• L'exception : la prescription et la délivrance de certains produits intervenant dans le traitement de la douleur.**

La législation sur la prescription et la délivrance des médicaments contenant des morphiniques constitue une exception à ces dispositions pénales. Elle repose sur le 4ème alinéa dudit article L.626 :

"Les conditions de prescription et de délivrance de telles préparations sont fixées après avis des Conseils Nationaux de l'Ordre des Médecins et de l'Ordre des Pharmaciens". (Les préparations auxquelles il est fait référence sont celles qui contiennent des plantes vénéneuses).

Notre droit ne peut être indifférent aux règles du droit international, la France ayant ratifié plusieurs conventions internationales et des directives européennes étant intervenues dans ce domaine.

La France a ainsi ratifié la Convention de New-York de 1961 ("Convention Unique des Stupéfiants"), la Convention de Vienne de 1971 ("Convention des Substances psychotropes") et la Convention de Vienne de 1988 (contre le "Trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes").

En outre, la directive 92/26 du Conseil du 31 mars 1992 concernant la classification en matière de délivrance des médicaments à usage humain prévoit en son article 3, paragraphe 2 que "lorsque les Etats membres prévoient la sous-catégorie des médicaments soumis à prescription spéciale, ils tiennent compte des éléments suivants :

"- le médicament contient, à une dose non exonérée, une substance classée comme stupéfiant ou psychotrope au sens des conventions internationales (Convention des Nations Unies de 1961 et 1971) ;

ou

"- le médicament est susceptible, en cas d'usage anormal, de faire l'objet de risques importants d'abus médicamenteux, d'entraîner une pharmacodépendance ou être détourné de son usage à des fins illégales".

Bien que le droit international ou européen ne l'impose pas, la France a décidé de soumettre certaines spécialités à la règle du carnet à souches.

*b) La réglementation de la prescription et de délivrance des substances vénéneuses n'est pas incitative*

La réglementation distingue trois catégories de produits auxquelles sont applicables des règles distinctes : les stupéfiants, les médicaments inscrits sur la liste I et ceux qui sont inscrits en liste II.

Les listes I et II, aux termes de l'article R.5204 comprennent :

- les substances ou préparations vénéneuses présentant pour la santé des risques directs ou indirects ;

- les médicaments et produits vénéneux présentant des risques directs ou indirects pour la santé.

La liste I comprend les substances ou préparations et les médicaments présentant les risques les plus élevés pour la santé.

Pour les médecins

• Les médicaments inscrits sur la liste de stupéfiants doivent être prescrits sur carnets à souches délivrés par l'Ordre des médecins, les quantités et la posologie étant indiquées en toutes lettres. Les durées de prescription (décret n° 92-963 du 7 septembre 1992) sont limitées à 7, 14 ou 28 jours. Il est interdit à toute personne déjà bénéficiaire d'une prescription de stupéfiants de recevoir, pendant la période de traitement, une nouvelle ordonnance comportant une prescription de ces médicaments, sauf à en avoir averti les médecins.

• Les médicaments inscrits en liste I sont prescrits sur simple ordonnance. La durée de prescription est limitée à douze mois, et aucun renouvellement n'est possible sauf si le médecin l'indique expressément.

• Les médicaments inscrits en liste II sont également prescrits sur ordonnance et la durée de prescription est également limitée à douze mois. La différence avec les médicaments de la liste I est qu'ils peuvent être renouvelés par les pharmaciens.

• Enfin, le médicament Temgésic, sans être un stupéfiant, est soumis aux règles du carnet à souches.

### Pour les pharmaciens

• Les médicaments inscrits sur la liste des stupéfiants ne peuvent être délivrés que pour une durée de 7, 14 ou 28 jours à compter de la date de l'ordonnance et non celle de la présentation du bon de toxiques aux pharmaciens. Le pharmacien garde le bon qui lui est remis par le client ; il lui délivre une copie ; il tient un registre des stupéfiants, ceux-ci étant conservés dans une armoire fermée à clef.

Le registre des stupéfiants, sur lequel sont consignées toutes les entrées et sorties, est conservé pendant une durée de dix ans. Il doit être présenté aux pharmaciens inspecteurs de la santé. Il est coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police.

La commande de produits stupéfiants par les pharmaciens ne peut être adressée qu'aux établissements de vente en gros ou de distribution de médicaments qui ont été autorisés par le Ministre de la Santé ; elle doit être effectuée par la remise de deux volets extraits d'un carnet à souches à trois volets, le troisième étant conservé par le pharmacien pendant une durée de trois ans. Ces carnets sont imprimés et fournis aux pharmaciens par l'Ordre des pharmaciens qui adresse annuellement à chaque Inspection régionale de la pharmacie un relevé nominatif des carnets délivrés dans la région.

• Les médicaments inscrits sur la liste I ne peuvent être délivrés que sur présentation d'une ordonnance datant de moins de trois mois par fraction de trente jours maximum. Elle ne peut être renouvelée que sur indication du prescripteur précisant le nombre de renouvellements ou la durée du traitement. Les médicaments et produits relevant de la liste I sont détenus dans des armoires ou des locaux fermés à clef et ne contenant rien d'autre. La commande de ces produits n'est soumise à aucune réglementation particulière.

• Les médicaments inscrits sur la liste II ne peuvent être délivrés que sur présentation d'une ordonnance datant de moins de trois mois par fraction de trente jours à la fois ; le renouvellement est possible. Aucune réglementation particulière ne régit les commandes. Ces médicaments doivent être conservés séparément de tout autre médicament, produit ou substance.

*c) La réglementation des carnets à souches est "tatillonne"*

Elle s'applique à tous les stupéfiants, notamment aux antalgiques centraux opiacés et aussi au Temgésic qui n'est pourtant pas classé comme tel.

L'article R.5218-1 autorise en effet le Ministre à étendre, en totalité ou en partie, les règles concernant les stupéfiants à des "médicaments ou produits qui, en raison d'usages abusifs ou détournés, peuvent nécessiter un contrôle à certains stades de leur commercialisation ou de leur prescription". Ainsi, un arrêté du 10 septembre 1992, relatif à la prescription et à la délivrance des médicaments à base de buprémorphine par voie orale (dont le Temgésic) est venu imposer des règles spécifiques pour ces produits.

Le Temgésic est inscrit sur la liste I et est soumis à toutes les règles qui s'y appliquent, à l'exception de la prescription qui doit être effectuée sur carnet à souches.

La réglementation des carnets à souches s'applique donc à tous les médicaments de niveau III dans la classification de l'O.M.S., c'est-à-dire aux seuls médicaments qui peuvent efficacement combattre les douleurs sévères ou chroniques.

La réglementation des carnets à souches pour commande de stupéfiants par les pharmaciens résulte d'un arrêté du 22 février 1990. Ce dernier indique les dimensions du carnet (15 x 28 cms), des souches (4 cms), du volet (12 cms) et précise que chaque carnet porte un numéro d'ordre. Il prévoit aussi que le texte des articles R.5171, R.5176 et R.5210 du Code de la Santé Publique doit être porté sur la couverture du carnet. Ces articles interdisent, sauf autorisation expresse, la production, la mise sur la marché et l'emploi des substances et préparations classées comme stupéfiants et prévoient les règles particulières de commande sur carnet à souches.

La réglementation des carnets à souches destinés à la prescription, résulte elle aussi d'un arrêté du 22 février 1990.

Il prévoit des dispositions relatives :

1) à la couleur des carnets :

- bleu clair pour les docteurs-vétérinaires,
- mauve clair pour les chirurgiens-dentistes,
- rose pour les médecins hospitaliers à usage exclusif des consultations externes de l'hôpital,

- blanc pour les médecins autres qu'hospitaliers exerçant la médecine de soins,
- jaune pour les autres médecins.

2) à leur format :

- les dimensions du carnet sont 21 × 19 cms, celles de la souche : 6 cms, et celles de l'ordonnance : 13 cms,
- le nombre d'ordonnances par carnet est fixé à 5 ou 25.

3) au papier :

Le papier de l'ordonnance et de la souche doit comporter, en filigrane, un caractère vertical visible par transparence.

4) aux mentions qui doivent être apposées sur le carnet :

- le cachet de l'ordre concerné,
- le n° d'inscription à l'ordre du praticien,
- le n° de série du département concerné ou le cachet du Ministre de la Défense.

5) aux mentions qui doivent être portées au recto de chaque feuille :

• sur la souche :

Médecin inscrit au tableau de l'ordre, sous le numéro.....	Carnet n°.....
Numéro de série du département.....	Ordonnance n°.....
Ordonnance faite le.....	
Pour M.....	
Nature du produit.....	
Quantité.....	

• sur l'ordonnance :

N° de série du département	Carnet n°.....
Docteur.....	Ordonnance n°.....
Rue.....	Prescrite
Téléphone.....	
N° de l'Ordre.....	

L'arrêté du 22 février 1990 prévoit également que le texte des articles L.627, R.5212, R.5194, R5213 et R.5215 du Code de la Santé Publique figurera sur le carnet à souches ; ces articles rappellent toutes les règles relatives à la prescription sur carnet à



souches, les interdictions y afférant et les peines pénales qui leur sont associées.

### **3. La prise en charge de la douleur a, jusqu'ici, pâti de l'absence de réponses à la question posée par le traitement des toxicomanes par substitution.**

L'absence de réponse à la question du traitement des toxicomanes par substitution a contribué à entretenir les idées reçues et la confusion entretenue auprès du public et même de certains professionnels de santé entre lutte contre la douleur et toxicomanie.

Il n'entre pas dans les intentions de notre Commission d'analyser les enjeux du traitement par substitution dans le cadre de ce rapport consacré à la douleur : ce serait entretenir la confusion entre les deux sujets, alors que tout milite en faveur de leur absolue distinction. Mais elle ne peut, ni ne souhaite éluder la question du traitement par substitution.

Nous l'avons dit, le traitement d'un sujet algique par des antalgiques opiacés, lorsqu'il est convenablement prescrit, n'induit pas d'effet toxicogène. Un risque de 3 pour 10.000, tel qu'il a été évalué par l'étude américaine citée par M. Jean-Marie BESSON, ne peut justifier la non-délivrance d'un traitement : beaucoup de médicaments, d'utilisation fréquente présentent des risques dont l'occurrence est supérieure et un tel risque ne peut raisonnablement être opposé aux malades nécessitant un traitement par des antalgiques de niveau 3, c'est-à-dire, il faut une fois de plus le rappeler, à des malades dont l'intensité de la douleur envahit toute l'existence.

Si la confusion entre prise en charge de la douleur et toxicomanie est entretenue, c'est -notamment- parce que les toxicomanes peuvent consommer des produits dont les indications de l'autorisation de mise sur le marché visent la prise en charge de la douleur et, qu'en l'absence de mise sur le marché d'un médicament destiné au traitement des toxicomanes et même, jusqu'en 1993, à l'indigence du dispositif de traitement des toxicomanes par la méthadone, ce sont de tels produits qui ont pu être utilisés illicitement à cette fin.

L'autorisation de mise sur le marché donnée à la méthadone permettra de mieux séparer deux catégories de produits, les médicaments de lutte contre la douleur, d'une part, les médicaments de traitement des toxicomanes à l'héroïne, d'autre part, et de distinguer deux catégories de malades, les malades algiques

**d'une part, les toxicomanes, d'autre part, dont la souffrance ne peut être assimilée ou traitée à l'identique. Ce nouveau développement de la politique de la lutte contre la toxicomanie entreprise par le Gouvernement contribuera donc à clarifier les esprits et à ne plus entretenir de confusion -que ce soit par insuffisance d'informations ou pour d'autres raisons- entre les deux sujets.**

### **III - LES PROPOSITIONS**

Ayant dressé le constat de l'insuffisance de la prise en charge de la douleur en France, votre Commission ne souhaite pas s'arrêter là.

Au nom du groupe d'études sur le traitement de la douleur, votre rapporteur a déjà souhaité faire avancer ce dossier : depuis le 13 octobre 1994, date de la constitution du groupe d'études, les choses ont déjà changé.

Il ne faut pas en rester là : votre Commission souhaite faire des propositions pour qu'enfin, notre système de soins prenne la place qui devrait être la sienne dans la lutte contre la douleur.

#### **A - CE QUI A CHANGE DEPUIS LA CONSTITUTION DU GROUPE D'ETUDES SENATORIAL, LE 13 OCTOBRE DERNIER**

Depuis le 13 octobre dernier, plusieurs actions ont été entreprises en faveur de la lutte contre la douleur. Elles ont, d'ores et déjà, eu des conséquences tangibles sur le plan législatif et financier. Elles ont conduit le ministre délégué à la santé, M. Philippe DOUSTE-BLAZY et le ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, M. François FILLON, à prendre des engagements pour l'avenir.

##### **1. L'amendement au projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social**

Sans attendre la publication du présent rapport, et saisissant l'occasion de l'examen par le Sénat du projet de loi n° 45 (1994-1995) portant diverses mesures d'ordre social, votre rapporteur a déposé, le 17 novembre dernier, un amendement tendant à améliorer la prise en charge de la douleur dans notre pays. Cet amendement a été adopté à l'unanimité. Il tend à insérer, dans la section I (« Des droits du malade accueilli dans un établissement de santé ») du chapitre I (« Principes fondamentaux ») de la loi hospitalière, un article nouveau qui concerne trois volets fondamentaux de la lutte contre la douleur :

- l'obligation pour les acteurs du système de santé de prendre en charge la douleur des patients ;
- l'obligation pour les établissements de santé d'inscrire, dans le projet d'établissement, les moyens qu'ils comptent mettre en oeuvre à cette fin ;
- l'amélioration de la formation des médecins.

*a) L'obligation, pour les acteurs du système de santé, de prendre en charge la douleur des patients*

Le texte de l'amendement adopté par le Sénat prévoit que «les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent». Cette obligation est également formulée à l'égard des médecins et des auxiliaires médicaux, l'amendement disposant que la formation continue des médecins doit permettre la satisfaction de l'objectif de prise en charge de la douleur «en ville».

*b) L'obligation, pour les établissements de santé, d'inscrire dans le projet d'établissement les moyens qu'ils comptent mettre en oeuvre à cette fin*

Afin que cette obligation de prendre en charge la douleur ait une traduction concrète dans l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé, l'amendement prévoit que ceux-ci devront inscrire dans leur projet d'établissement les moyens qu'ils comptent mettre en oeuvre.

Aux termes de l'article L.714-11 du code de la santé publique, le projet d'établissement «définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers» ; il détermine également «les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs».

L'inscription de la lutte contre la douleur ne pourra donc se résumer à l'énoncé de vœux ou d'objectifs, mais à la mise à disposition de moyens concrets et à la réalisation d'actions tangibles.

L'Assemblée nationale a utilement étendu la portée de ces dispositions aux établissements médico-sociaux.

*c) L'amélioration de la formation des médecins et des personnels soignants*

L'amendement qui a été adopté par le Sénat confie aux centres hospitaliers et universitaires une mission de formation, non seulement des futurs médecins dans le cadre de leur formation initiale, mais aussi de formation continue des médecins et des équipes de personnels soignants. La notion de «diffusion des connaissances acquises» qui a été retenue par l'amendement est très large et englobe à la fois la formation et l'information de tous les acteurs du système de soins ainsi que du public.

**2. La mise en place de centres régionaux de référence pour la prise en charge de la douleur, la formation et la recherche sur la douleur**

Votre commission des Affaires sociales et votre rapporteur remercient M. le Président et M. le rapporteur général de la commission des Finances grâce auxquels le Sénat a pu affecter, à l'occasion de la discussion du projet de loi de finances, 5 millions de francs au financement des premières dépenses d'investissement des centres régionaux de référence pour la prise en charge, la formation et la recherche sur la douleur.

Pour déterminer quels centres pourront être ainsi qualifiés, des critères d'évaluation devront être définis en collaboration avec l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, qui a déjà entrepris des travaux sur la douleur.

Ces centres de référence constitueront, au niveau régional, des modèles pour la prise en charge des malades ; ils interviendront, non seulement au niveau de la formation initiale des futurs médecins, mais aussi en matière de formation continue des médecins de ville ou hospitaliers. Enfin, ces centres seront reconnus comme centres de recherches.

Il conviendra que le Ministre chargé de la Santé rende compte, à l'occasion de la prochaine loi de finances, de l'utilisation qui aura été faite des crédits mis à sa disposition par le Sénat.

### **3. Les engagements pris par le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et le Ministre délégué à la Santé**

Ces engagements, exprimés à l'occasion de la journée d'auditions du 27 octobre dernier, concernent la formation initiale des médecins de ville et des règles de prescription et de délivrance des antalgiques majeurs.

#### *a) La formation initiale des médecins*

Les ministres de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de la Santé se sont engagés à intégrer, sur la proposition de votre rapporteur, la préoccupation de l'enseignement de la prise en charge de la douleur dans le cadre de la réforme des premier et deuxième cycles des études de médecine.

Les projets de décret et arrêté modifiant le régime des études médicales prévoient, au cours du 2ème cycle, l'organisation de séminaires que devront obligatoirement suivre tous les étudiants. Les thèmes d'enseignement jugés prioritaires pour les quatre ans à venir par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé pour ces séminaires comprendront la douleur et les soins palliatifs. Le projet prévoit que ces thèmes devront également faire l'objet d'un enseignement complémentaire à l'enseignement théorique et pratique classique dans chaque module ou enseignement théorique ou pratique classique.

Les séminaires se dérouleront sur deux jours, en 10 à 16 heures d'enseignement interactif.

Surtout, le projet de réforme prévoit que la douleur fera désormais l'objet de questions au concours de l'internat.

Votre commission se félicite d'un tel engagement, dont elle ne doute pas qu'il soit respecté.

#### *b) Les règles de prescription et de délivrance des antalgiques majeurs*

Au cours de ces mêmes auditions, M. Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre délégué à la santé, s'est engagé à apporter trois améliorations sensibles à la réglementation des carnets à souches :

- leur disponibilité sera renforcée avec la délivrance systématique d'un carnet à souches à tout jeune médecin qui s'installe ;

- leur forme sera rendue moins dissuasive, grâce à une nouvelle dénomination et un nouveau format ;

- leur utilisation sera rendue plus aisée avec une augmentation des durées maximales de prescription et une possible dissociation des durées de prescription et des règles de délivrance.

## **B - IL RESTE BEAUCOUP A FAIRE : DIX PROPOSITIONS POUR ALLER PLUS LOIN**

**Au terme de ce rapport, votre commission fait dix propositions tendant à améliorer, dans notre pays, la prise en charge de la douleur, qu'elle a souhaité mettre particulièrement en exergue et qui sont récapitulées ci-après.**

Ces dix propositions tendent à supprimer certains obstacles à la prise en charge de la douleur dans notre pays; elles concernent les médecins, les établissements de santé, mais aussi les personnels sociaux ou administratifs qui sont confrontés à la douleur dans leur pratique quotidienne et les patients. Alors que la douleur, dans notre pays, s'est banalisée et a conquis son territoire, il importe aujourd'hui que celui-ci soit remis en cause; il faut désormais passer de la banalisation de la douleur à la banalisation de son traitement.

## ORGANISER

Aux termes de la loi hospitalière qui intègre désormais l'amendement adopté par le Sénat, tous les établissements de santé devront inscrire dans leur projet d'établissement les moyens qu'ils comptent mettre en oeuvre pour lutter contre la douleur. Tous ne créeront pas un centre ou une consultation anti-douleur, qui ne se justifient pas partout. Aussi, est-il proposé de :

1/ mettre en place, dans les établissements de santé, d'un comité réunissant les médecins qui acceptent de coordonner leur pratique en matière de prise en charge de la douleur, à l'image des comités de lutte contre les infections nosocomiales ;

2/ désigner, au sein des établissements de santé et des établissements hébergeant des personnes âgées, un coordinateur de la lutte contre la douleur qui pourrait être, soit un médecin, soit une infirmière, soit encore un membre du personnel administratif dans les établissements non médicalisés accueillant des personnes âgées. Son nom pourrait apparaître sur les documents qui sont remis aux familles lors de l'admission. Tout le monde pourrait avoir un entretien avec lui.

## LIBERALISER

3/ supprimer le carnet à souches qui, par son caractère dissuasif, constitue un obstacle important à l'amélioration de la prise en charge de la douleur par notre système de soins.

Le Parlement a adopté la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Cette loi pose le principe de la généralisation du dossier médical, qui sera réalisée progressivement, par catégories de patients. Il serait souhaitable que les personnes se voyant prescrire des produits opiacés constituent, à cet égard, une catégorie prioritaire. Dès lors, il suffirait que le patient présente au pharmacien, en même temps qu'une ordonnance, son dossier médical sur lequel seraient mentionnées, à la fois ces prescriptions et le nom du médecin prescripteur. Les données issues du codage des actes et des prescriptions permettront de surcroît une surveillance en temps réel des conditions de délivrance de ces produits par les pharmaciens. Ces évolutions, que votre Commission souhaite très prochaines, permettront de supprimer le carnet à souches des médecins.

4/ instituer un chapitre spécifique de la nomenclature consacré au traitement de la douleur afin de mettre un terme à la dispersion actuelle des actes de traitement de la douleur et aux disparités dans leur cotation.



## FORMER

5/ instituer, dans chaque faculté de médecine, un "coordinateur douleur", qui serait un enseignant plus particulièrement chargé de coordonner l'approche du traitement de la douleur dans les différentes matières enseignées. En effet, l'institution de séminaires consacrés à la douleur au cours du deuxième cycle des études médicales viendra en complément de l'enseignement de la douleur qui est effectué dans le cadre des différentes disciplines; il convient donc de coordonner les approches retenues par les différents enseignants ;

6/ inciter au développement de la formation continue des médecins à travers, notamment, le renforcement des actions de formation médicale conventionnelle ;

7/ développer le nombre de diplômes universitaires consacrés à la douleur en incitant les 27 facultés qui n'en possèdent pas à se regrouper, le cas échéant, pour mettre en place des diplômes inter-universitaires ;

8/ individualiser l'enseignement de la douleur dans la formation de la profession d'infirmière, des psychologues et des masseurs-kinésithérapeutes ; en effet, la prise en charge de la douleur ne concerne pas seulement les médecins, mais tous les acteurs du système de santé.

## INFORMER

9/ organiser une campagne d'information auprès des personnels des établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ;

10/ mettre en place un numéro vert que pourrait appeler toute personne souhaitant s'informer sur la douleur et les lieux et les modalités de sa prise en charge.

Ces deux actions seront mises en oeuvre par le Ministre chargé de la santé.

## CONCLUSION

A l'occasion du récent débat budgétaire, M. Philippe Douste-Blazy, Ministre délégué chargé de la Santé déclarait à la tribune du Sénat : "nous sommes ici un certain nombre à avoir fait des études médicales et aucun d'entre nous n'a reçu de cours spécifiques consacrés à la lutte contre la douleur. Or, compte tenu aujourd'hui du nombre de moyens thérapeutiques nouveaux, il est important de développer avec le concours du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche une complémentarité, pour que, dès la prochaine rentrée scolaire, des heures soient consacrées à cet enseignement spécifique. Il en est de même pour la formation médicale continue".

Pour sa part, M. Fillon, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche affirmait sa volonté d'introduire une dimension qualitative dans la conduite de l'enseignement supérieur ; or, qui dit qualitatif implique forcément la qualité de la vie, et dans sa recherche, la maîtrise de la douleur n'est-elle pas au premier rang ?

Dans le grand débat sur la Santé que notre pays devra inéluctablement traiter au fond, qui pourrait penser qu'à l'aube du 21ème siècle, il serait envisageable un seul instant de laisser de côté le traitement de la douleur dans ses multiples expressions ?

Il est vrai que les structures les plus difficiles à modifier sont les structures mentales. Pourtant, déjà à travers les 83 centres anti-douleurs et les 31 centres de soins palliatifs, c'est un courant puissant qui s'est mis en mouvement dans notre pays : praticiens éminents ou modestes médecins de famille, chercheurs, religieux, philosophes, journalistes, rejoints par une foule d'anonymes, marquent désormais de façon irréversible cette évolution des mentalités.

Comment oserions-nous construire cet humanisme du 21ème siècle que tous les peuples appellent de leurs vœux, en laissant de côté, chez nous, celles et ceux qui souffrent ?

Lucien NEUWIRTH

## TRAVAUX DE LA COMMISSION ET DU GROUPE D'ÉTUDES

### I - JOURNÉE D'AUDITIONS PUBLIQUES ORGANISÉE CONJOINTEMENT PAR LA COMMISSION ET LE GROUPE D'ÉTUDES, LE JEUDI 27 OCTOBRE 1994

en présence de **M. René Monory,**  
**Président du Sénat,**

- à 9 heures :

- Exposés introductifs de **M. Jean-Pierre Fourcade** et de  
**M. Lucien Neuwirth.**

- à 9 heures 30 :

*Le traitement de la douleur, enjeux et perspectives*

. **M. Jean-Marie Besson,** Directeur de l'unité de  
physiopharmacologie du système nerveux de l'INSERM,

*Apprendre à traiter la douleur*

. **M. Patrice Queneau,** Doyen de la faculté de médecine  
de Saint-Etienne, Président du conseil scientifique et  
pédagogique du Centre national des concours d'internat,

- à 10 heures 15 :

*Centres et consultations anti-douleur - quelles initiatives, quels  
résultats ?*

. **Docteur François Boureau,** centre anti-douleur,  
hôpital Saint-Antoine,

- à 11 heures :

*Du bon usage du médicament*

. **Docteur Jean-François Bloch-Lainé**, membre de la commission de réflexion sur la toxicomanie, présidée par le Professeur Roger Henrion.

- à 11 heures 45 :

*Les soins palliatifs*

. **Docteur Louis Brasseur**, praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur, hôpital Ambroise Paré,

- à 12 heures 30 : *La douleur chronique*

*La douleur de l'enfant*

. **Mme Annie Gauvain-Piquard**, psychiatre, Institut Gustave Roussy,

*La douleur cancéreuse*

. **Professeur Maurice Tubiana**,

- à 14 heures 15 :

*Douleur pré et post-opératoire*

. **Mme Geneviève Barrier**, chef du département d'anesthésie, hôpital Necker, directeur du SAMU de Paris,

- à 14 heures 45 :

*Les professions de santé face à la douleur*

. **M. Bernard Glorion**, Président du Conseil de l'Ordre des médecins,

. **M. Jean Parrot**, Président du Conseil de l'Ordre des pharmaciens,

. **Professeur Patrick Henry**, Président de la Société française de la douleur

- à 15 heures 30 :

*Douleur et conscience*

. Commission épiscopale

. Père Olivier de Dinechin représentant Monseigneur Jean Cuminal, Président de la commission "Familles et communautés chrétiennes",

. Consistoire central

. M. le Rabbín Sénior, représentant M. Joseph Sitruk, Grand Rabbín de France,

. Fédération protestante de France

. Mme France Quéré, membre du comité national consultatif d'éthique,

. Mme Inge Ganzevoort

. Grande Mosquée de Paris

. M. Dalil Boubakeur, Recteur,

. Grande Loge de France

. M. Pierre Simon, Passé Grand Maître,

. Grand Orient de France

. M. Georges Kepenekian, Grand Secrétaire aux affaires extérieures,

- à 16 heures 30 :

. M. Claude Griscelli, chargé de l'enseignement médicale et de la recherche biologique et médicale au cabinet de M. François Fillon, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche

- à 17 heures :

. M. Philippe Douste-Blazy, Ministre délégué à la santé.

**La séance est ouverte à 9 h 20 par M. Jean-Pierre Fourcade.**

**M. FOURCADE.** - Monsieur le Président, Monsieur le Questeur, mes chers collègues, Mesdames, Messieurs,

Le Bureau du Sénat a, avec votre soutien personnel, M. le Président, et sur l'avis favorable de la commission des Affaires sociales, autorisé la création d'un groupe d'études des problèmes posés en France par le traitement de la douleur, autorisation que vous aviez sollicitée, Monsieur Neuwirth.

Il s'agit là d'une excellente initiative qui démontre, une fois de plus, la volonté de la Haute Assemblée de se pencher sur les questions de fond déterminant l'évolution de la société française.

En effet, le Sénat, outre sa fonction constitutionnelle d'examen des projets de loi, et celle de vérification de l'application des lois, tient à suivre les problèmes de fond de notre société.

Je voudrais resituer l'initiative de notre ami Neuwirth dans une longue suite de travaux que notre commission a engagés pour essayer de sortir un peu du cadre habituel des problèmes législatifs et pour toucher aux problèmes de fond de notre société.

Notre commission avait constitué, il y a quelques années, un groupe d'études sur l'évolution des techniques médicales. Deux colloques ont été réunis dans une période récente, l'un consacré aux grandes maladies du XXème siècle et l'autre aux maladies cardiovasculaires. C'est à notre excellent collègue, Pierre-Christian Taittinger, que nous devons l'existence de ce groupe de travail et la qualité des travaux qu'il développe.

Je me souviens, pour avoir participé très assidûment aux travaux de ce premier colloque sur les grandes maladies, de tout ce que nous avons appris sur la maladie d'Alzheimer et le sida.

Je voudrais également rendre hommage à notre collègue Charles Descours qui a déposé à la fin de la dernière session un rapport sur l'avenir de la protection sociale dans le cadre du groupe d'études posé par les problèmes de financement de la Sécurité Sociale.

Au sein de notre Commission, notre collègue Philippe Marini a posé le problème considérable du financement de la dépendance des personnes âgées et ouvert le débat sur les fonds de pensions. Je constate avec tristesse que ce débat n'a pas beaucoup avancé. Mais il est clair que l'évolution de la démographie obligera

notre pays à traiter le problème de la dépendance des personnes âgées.

Je voudrais également rappeler que notre collègue François Delga, Président du groupe d'études sur le sida et la toxicomanie, nous permet d'être présent dans tous les travaux et dans toutes les conférences internationales consacrées à l'évolution de ces fléaux.

Je rappellerai aussi que notre collègue Pierre Louvot est notre correspondant avec l'ensemble des milieux s'occupant de la grande pauvreté ainsi qu'au sein de l'Association ATD-Quart Monde. Dieu sait si nous avons, à l'heure actuelle, à réfléchir sur les problèmes de la très grande pauvreté.

Enfin, avec nos collègues Balarello et Lesbros, nous suivons de manière très précise tout ce qui concerne la politique sociale du logement ainsi que l'avenir du thermalisme.

Avant de revenir à notre sujet, je tiens à indiquer que nous avons diligenté beaucoup de missions d'informations dans l'ensemble du pays comme sur le plan des pays occidentaux en vue de définir notre position par rapport à l'assurance maladie et à l'assurance vieillesse.

Lors d'un récent voyage, avec un certain nombre d'entre vous, nous sommes allés examiner les problèmes d'assurance maladie et d'assurance vieillesse au Japon, aux Etats-Unis, en Allemagne, en Grande-Bretagne, en Suède, et au Canada.

Nous avons constaté que partout, dans les pays occidentalisés se posent le problème de l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale, du fonctionnement et de la participation de ce que j'appellerai "les usagers" aux mécanismes d'assurance et d'assistance. Il est donc souhaitable que nous regardions, au-delà de nos propres frontières, l'ensemble des mécanismes sociaux qui sont aujourd'hui les nôtres.

Je rappellerai enfin que notre collègue, Claude Huriet, nous a permis de définir les règles qui permettent de présider au développement de la recherche médicale. Nous avons, dans le cadre de la discussion des textes sur la bio-éthique, ajouté, aux trois textes proposés par le gouvernement, un texte actualisant la loi Huriet afin que dans l'ensemble des problèmes concernant la bio-éthique, on puisse tenir compte de ces problèmes particuliers.

Nous avons ainsi dans cette Commission, Monsieur le Président, et avec votre appui, ouvert notre champ.

Il faut que nous profitions de la longueur de notre mandat, du fait que nous sommes moins sensibles que d'autres à l'agitation qui s'empare parfois de nos collègues parlementaires pour aller à la rencontre des préoccupations générales de nos concitoyens ; préoccupations qui débordent largement les clivages politiques.

C'est pourquoi la proposition de notre collègue Lucien Neuwirth sur la création de ce groupe d'études sur la douleur nous a paru satisfaisante. En effet, nous avons tous, quels que soient nos âges ou nos fonctions, une expérience de la douleur et de son traitement. Nous avons tous eu à faire, à un moment donné, à ce problème et nous avons tous pu nous rendre compte de ce manque de moyens pour la combattre.

Nous avons pensé, Monsieur le Président, pour démarrer nos travaux, qu'il était bon de consacrer une journée entière à des auditions et des discussions, non seulement avec des grands spécialistes de la question, mais aussi avec un certain nombre de représentants de toutes les forces religieuses qui existent dans ce pays.

Nous avons estimé que ces auditions devaient être ouvertes à la presse afin de montrer non seulement que le Sénat s'intéresse aux grands problèmes de société, mais que nous sommes aussi décidés à engager, avec le gouvernement, un dialogue positif sur ce sujet.

On peut parfois reprocher aux commissions parlementaires d'avoir de grands desseins et de considérer qu'elles ont réglé le sujet en faisant un rapport. Nous, nous voulons aller plus loin.

Nous avons eu avec le ministre d'Etat, chargé de l'ensemble des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, et avec le ministre délégué à la Santé, des entretiens préalables. Dans ce problème du traitement de la douleur, le gouvernement est parfaitement conscient que la France ne se situe pas parmi les nations de pointe, c'est le moins que l'on puisse dire. Mais comme le dira tout à l'heure Monsieur Neuwirth, la place que nous occupons ne correspond pas du tout à l'importance du prélèvement public sur le P.I.B. en matière de dépenses de santé et au rôle de notre pays en matière médicale. Des progrès sont à faire. C'est ainsi que nous avons conçu ce groupe d'études et cette journée de travail comme le début d'un dialogue avec le gouvernement.

C'est la raison pour laquelle Monsieur Douste-Blazy viendra ce soir conclure nos travaux et, je l'espère, nous annoncer un certain nombre de mesures. C'est ainsi que nous souhaitons travailler



avec le gouvernement. Il s'agit d'abord de dresser un panorama, de faire des propositions, et enfin de présenter des décisions qui, je le souhaite, vont se traduire dans la prochaine discussion budgétaire et nous permettront de rattraper notre retard.

Monsieur le Président, je vous remercie de la sollicitude avec laquelle vous suivez les travaux de notre Commission. Notre champ d'horizon est vaste.

Je remercie toutes les personnalités, médicales ou non, qui ont bien voulu venir participer à nos travaux.

Je vous remercie, Monsieur le Président, de nous avoir prêté les salons de Boffrand. C'est la première fois que la Commission des Affaires Sociales s'y installe.

L'intérêt est que nous, représentants de la Nation, soyons porteurs d'une préoccupation, de l'explicitier, de la mettre en forme et d'obtenir du gouvernement qu'il prenne en compte un certain nombre de mesures. Ce sera l'objet essentiel des travaux de cette journée.

Je donne tout de suite la parole à Monsieur Neuwirth qui va nous présenter le programme de la journée.

**M. NEUWIRTH.** - Monsieur le Président du Sénat, je vous remercie des moyens que vous avez mis à notre disposition.

Monsieur le Président de la Commission des Finances, Monsieur le Président de la Commission des Affaires Sociales, mes chers collègues, Mesdames et Messieurs,

Alors que nous approchons de la fin d'un siècle où les tragédies et les soubresauts de la barbarie l'auront disputé aux progrès des sciences humaines et des technologies les plus avancées, il est vrai que notre Sénat se préoccupe de plus en plus des problèmes de société.

Après des débats fouillés sur la bio-éthique, aujourd'hui, il a décidé de se pencher sur le problème du traitement de la douleur en France. Telle est la raison d'être du groupe d'études que j'ai l'honneur de présider.

En effet, de récentes études, toutes convergentes, viennent de confirmer ce que ressentent, chaque année, des centaines de milliers de nos compatriotes : notre système de soins n'évalue pas bien et ne traite pas suffisamment la douleur des patients, quelle que soit l'origine de cette douleur.

Pourquoi une telle situation et comment y remédier ?

Je mesure combien répondre à cette double question constitue un exercice délicat. C'est pourquoi le préalable incontournable était d'entendre les plus éminents spécialistes et professionnels de la santé. Cet après-midi, sur le thème "Douleur et Conscience", nous écouterons le point de vue des représentants des cultes et des sociétés philosophiques.

Nous terminerons par l'audition de Monsieur le représentant du ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ainsi que de celle, en clôture, de Monsieur Douste-Blazy, ministre de la Santé.

En effet, ce sont principalement de ces deux ministères que relève l'arsenal de la réglementation administrative, alors que les lois qui dépendent du Parlement, concernant ce domaine particulier et méritent un nouvel examen, reposent sur le socle de la loi du 25 juillet 1845, adoptée sous la Monarchie Constitutionnelle de Louis-Philippe.

Certes, intervient aussi un problème de comportement général de la population tenant aux éléments inscrits historiquement dans notre culture : la fatalité de la souffrance, son côté rédempteur et, pourquoi ne pas le reconnaître, une certaine indifférence à la souffrance des autres, avec comme conséquence, une sorte de banalisation inacceptable.

Notre volonté réside dans une mise en route d'actions dont la coordination entre le Parlement, l'Exécutif et le secteur de la Santé, dans son ensemble, s'impose en vue de leur réussite.

Ce combat, qui est un vrai combat pour l'homme, sa dignité, sa conscience, devra rassembler le plus large consensus. Les médias y auront un rôle essentiel. Je sais que les journalistes l'ont déjà compris.

Chaque jour qui passe est un jour de trop pour celui ou celle qui souffre. Mes chers collègues, Mesdames et Messieurs, nous aurons à beaucoup travailler, rapidement et ensemble.

Le traitement de la douleur étant à l'ordre du jour, je vais donner la parole à un homme qu'il est inutile de présenter longuement. Il s'agit de Monsieur Jean-Marie Besson. Son nom fait autorité comme son ouvrage publié aux Editions Odile Jacob.

Une première question me vient à l'esprit : comment appréciez-vous la manière dont la douleur est prise en charge dans notre pays ?

**Deuxièmement, quelle est la situation actuelle des centres de traitement de la douleur ? Sont-ils la solution ?**

**M. BESSON.** - Monsieur le Président du Sénat, Monsieur le Président, Messieurs les Sénateurs, au nom de mes collègues qui sont impliqués dans le domaine de la douleur, je tiens à remercier le Sénat de son initiative.

Cela fait trente ans que je m'occupe de ce sujet de la douleur. J'exerce certaines fonctions au niveau international, votre initiative est unique. Nous en attendons tous certains retentissements.

Le traitement de la douleur, tout le monde le sait, est insuffisant. Cependant, il ne faut pas noircir la situation, car si l'on se réfère à ce qui se passait il y a 10 ou 15 ans, des progrès importants ont été réalisés. Cela doit continuer.

Je citerai quelques exemples. Le plus frappant, que tout le monde connaît, est celui de la morphine. Lorsque certains participants nous parleront de la douleur cancéreuse, ils en feront état. Nous étions très en retard, au niveau de la prescription de la morphine pour la douleur d'origine cancéreuse, par rapport aux pays anglo-saxons. En effet, en 1987, nous prescrivions vingt fois moins de morphine que ces pays. Entre 1987 et 1990, l'écart a diminué, il est de 1 à 10.

J'ai pris cet exemple car il vous situe le problème, il y a une insuffisance. Un certain nombre de progrès ont eu lieu, mais nous devons persévérer dans cette voie.

Les centres de traitement de la douleur datent d'une dizaine d'années. Les premiers sont nés aux Etats-Unis au début des années 50. Ces centres jouent un rôle très important. Cependant, ils se heurtent à de nombreuses difficultés de fonctionnement. Je pense que le Docteur Boureau vous en reparlera. Il faut améliorer leur fonctionnement et avoir un outil pour valider leur qualité.

De mon point de vue de physiologiste, ces centres n'ont pas été institutionnalisés. Il est important de juger de leurs qualités car actuellement, tout le monde peut s'installer centre de traitement de la douleur. Des initiatives importantes sont à prendre dans ce domaine.

**M. NEUWIRTH.** - Je vous remercie.

**M. FOURCADE.** - Quelqu'un veut-il poser une question au premier orateur ?

**M. HURIET.** - Sur quels éléments s'appuie Monsieur Besson pour considérer que la consommation de morphine face à la douleur des cancéreux est un indicateur de la qualité de sa prise en charge ?

Vous concluez que nous sommes en retard. C'est une appréciation que vous n'avancez sûrement pas sans arguments. J'aimerais que vous les développiez davantage. Il peut y avoir des alternatives à la morphine. Si ces alternatives se développent, la consommation de morphine ne se développera pas sans pour autant que l'on puisse conclure qu'il n'y a pas d'attitude face à la douleur du cancer.

**M. BESSON.** - Les statistiques sont formelles. On parle de morphine et de douleurs cancéreuses. Tous les cancéreux ne présentent pas de douleurs, mais environ 40 % en présentent au stade intermédiaire de la maladie. Ce pourcentage atteint 80 % au stade terminal.

Grâce à des études menées sur des milliers de patients, nous savons que la morphine n'est pas suffisamment prescrite. Or, nous savons que l'on peut maîtriser la douleur d'origine cancéreuse dans 70 à 95 % des cas. C'est très important.

Bien entendu, il existe d'autres alternatives, mais en ce qui concerne la douleur cancéreuse, tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut utiliser la morphine.

Quelles sont les autres alternatives ?

Longtemps, on a eu recours à des interventions neurochirurgicales. Il faut reconnaître le rôle des neurochirurgiens car pendant nombreuses années, la douleur a été négligée. On la considérait comme un signal d'alarme qui était le diagnostic du médecin, mais lorsqu'elle évolue vers la chronicité, la douleur devient une véritable maladie.

Voilà encore 20 ou 30 ans, les médecins délaissaient les patients douloureux, les ignoraient, ou rappelaient la fonction rédemptrice de la douleur. A cette époque, les neurochirurgiens étaient à peu près les seuls à s'en occuper.

Les neurochirurgiens ont essayé d'interrompre les "circuiteries" de la douleur. On a assisté à de nombreuses interventions, comme par exemple, couper les nerfs, faire des petites lésions dans la moelle épinière, léser telle ou telle région du cerveau, pour terminer par la fameuse lobotomie frontale. Nous savons très bien, nous, physiologistes, qu'il n'y a pas de centre de la douleur. Les

régions du cerveau qui reçoivent les messages douloureux sont multiples.

Ces alternatives sont aujourd'hui presque totalement abandonnées. Il subsiste quelques indications très précises pour la neurochirurgie et rencontrent un pourcentage de succès important.

**M. NEUWIRTH.** - Tout à l'heure, nous entendrons le professeur Tubiana qui parlera spécifiquement de la douleur des cancéreux.

**M. BESSON.** - A mon avis, c'est surtout une question d'information, d'éducation du corps médical parce que l'on a peur de prescrire la morphine. On a surestimé les phénomènes d'accoutumance. Au cours de l'évolution d'un cancer, en général, la douleur s'accroît, il faut donc augmenter les doses de morphine. On a mélangé accoutumance et évolution de la douleur.

Quant aux risques de toxicomanie, les risques de dépendance, que ce soit la dépendance physique, c'est-à-dire le syndrome de manque quand on arrête le traitement, (malheureusement, dans le cancer, on arrête exceptionnellement la prescription) ou la dépendance psychique, c'est-à-dire le besoin irrésistible de consommer de la morphine, les statistiques sont également formelles. Une étude a été faite sur 10 000 patients, 5 d'entre eux ont développé une toxicomanie.

C'est un faux problème. Nous plaçons dans ce sens depuis longtemps. C'est l'un des messages essentiels à faire passer.

**M. NEUWIRTH.** - Y a-t-il une autre question ?

Je vais maintenant passer la parole à Monsieur Patrice Queneau, doyen de la faculté de médecine de Saint-Etienne depuis 1979 ; Président du collège des enseignants français de thérapeutique depuis 1985, et Président du Conseil scientifique et pédagogique du Centre national des concours d'internat.

Monsieur Queneau, vous venez de publier un livre qui fera référence, avec le concours de nombreux spécialistes, où vous posez le problème fondamental de la formation initiale et continue du personnel médical.

Votre compétence sur ce sujet est mondialement reconnue. La question centrale que je vais vous poser est la suivante : comment apprendre à traiter la douleur ?

**M. QUENEAU.** - Monsieur le Président du Sénat, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, je ne sais pas si c'est un

point de vue qui peut faire autorité sur le plan international, mais il est clair que le *primum movens* est au niveau de l'éducation en faculté et au niveau de la formation, en formation initiale et continue. Je ne crois pas qu'il y ait un domaine qui justifie plus que la douleur le fait d'être absolument à même d'actualiser ses connaissances dans le maniement pratique et concret des thérapeutiques de la douleur.

Je remercie vivement Monsieur Neuwirth, dont je connais depuis longtemps les qualités de combativité et d'engagement sur les thèmes qui lui sont chers, et le Sénat d'accueillir un débat où l'on fait une place à l'enseignement.

Je dis parfois que la pédagogie n'est pas toujours un investissement à court terme et que, de ce point de vue-là, elle n'a pas forcément toujours intéressé tout le monde dans la mesure où certains investissements et certains enjeux sont des enjeux à court terme.

Pour la formation initiale, il est vrai que ce n'est pas forcément un enjeu immédiat. Mais l'enseignement de la douleur, comme l'a indiqué mon ami Jean-Marie Besson, c'est "un peu moins pire" que cela n'a été. Des progrès sensibles ont été réalisés, mais beaucoup reste à faire.

La douleur doit s'enseigner tout au long des études de médecine, dès le 1er cycle, à partir de ce que l'on appelait "l'enseignement de culture générale" appelé maintenant "l'enseignement des sciences humaines et sociales" à tous les étudiants, y compris à ceux qui ne franchiront pas le cap de la première année, avec 2 ou 4 heures sur la sensibilisation à la douleur et à son traitement.

La physiologie est absolument fondamentale. La pharmacologie doit traiter de la douleur. Le vieux clinicien, rhumatologue que je suis, qui a vu des malades souffrir, ne peut imaginer que l'on n'envisage pas, pour tous les médecins et futurs médecins, en 2ème cycle, avant qu'ils n'éclatent entre l'internat, la médecine générale ou d'autres filières, un enseignement conséquent, et ce, sans batailles de chapelle entre les neurologues, les rhumatologues, les cancérologues, les anesthésistes-réanimateurs, et autres.

Un certificat porte assez bien son nom en fin de 2ème cycle : le certificat de synthèse clinique et thérapeutique.

Il est possible, en fin du 2ème cycle, de consacrer un module particulier au traitement de la douleur, à l'approche et à la conduite face aux malades douloureux. Car le problème n'est pas

uniquement de traiter un symptôme maladie/douleur, mais de s'adresser aux patients, au sens étymologique du terme.

De ce point de vue-là, je remercie les décideurs politiques de nous aider, car il faut que vous sachiez qu'un mot de votre part dans un texte, une circulaire, permet tout de suite la création d'une unité de valeur. L'idéal serait d'avoir un petit module avec 10 heures obligatoires. Je ne suis pas pour des situations ambitieuses qui ne sont jamais tenues. Je préfère plaider pour 10 heures bien corrélées avec des stages -c'est un point capital- et des séminaires. Tous les cliniciens confrontés à cela savent qu'il faut apprendre face à des malades simulés, mais aussi face à des malades réels. C'est un magnifique enjeu. Le grand défi de la médecine est de guérir, mais aussi de soulager.

Je plaide fortement pour cela, je pense que j'aurai l'occasion de le redire tout à l'heure.

Le 3ème cycle est consacré à l'acquisition de spécificités, au travers des DIU de la douleur pour lesquels les étudiants et les spécialistes sont présents.

Je voudrais faire un acte de foi vis-à-vis de la médecine clinique. Je suis un vieux clinicien qui croit à la clinique et qui sait qu'un interrogatoire attentif, un examen clinique attentif, peut être extrêmement performant et éviter des erreurs d'aiguillage qui peuvent être la source de malentendus considérables.

Je dis quelquefois que "le mal malentendu est source d'innombrables malentendus ultérieurs". Il ne faut pas tirer le parapluie immédiat de tous ces examens merveilleux, sophistiqués, coûteux, brillants, et parfois pour certains dangereux. Ils ne doivent absolument pas faire écran à l'interrogatoire, en tant que valeur sémiologique, pour faire le bon diagnostic, et pour l'écoute du patient.

On sait très bien que "j'ai mal" peut signifier très souvent "je suis mal", "je suis mal dans ma peau", "je me sens diminué", "je me sens handicapé dans ma vie de tous les jours". Le malade ne vient pas pour être bombardé d'examen para-cliniques. Il vient aussi pour parler, décrire des symptômes, qu'une bonne analyse permettra de rattacher à la vraie cause. Le diagnostic peut se faire en un quart d'heure d'interrogatoire, parfois moins. Ensuite, on ne se trompe pas et le traitement est le bon.

Nous devons capter dans le symptôme douleur un certain nombre de messages car il témoigne souvent d'autre chose. Derrière une authentique douleur, il y a en fait, toutes les conséquences de cette douleur, et un mal être qui peut être profond.

Je ne suis pas là pour pourfendre la science, ni les acquisitions technologiques, mais leur bon emploi, il ne faut surtout pas que cela remplace une véritable communication.

**M. PONCELET.** - Je ne suis pas particulièrement instruit de toutes ces questions, cependant, je suis cela avec intérêt. Quid de la douleur dont l'origine est morale ? Dans certains cas, une douleur apparemment physique, a pour origine un mal moral, comment allez-vous la déceler ? Votre but est d'atténuer la douleur, voire de la faire disparaître.

**M. QUENEAU.** - Dans la littérature, pendant très longtemps, il y a eu une confusion. C'est peut-être un des progrès du temps présent que d'avoir précisé certains points sémantiques. Comme je le disais tout à l'heure, le "j'ai mal" peut signifier à la fois "j'ai mal et je suis mal", "je suis mal dans ma peau" ; il y a aussi, indiscutablement, des douleurs morales.

On le voit en clinique, c'est le problème de l'expression du mal d'être, du malaise, de la souffrance, par pudeur, par timidité, par maladresse d'expression, certains malades vont justement dire qu'ils ont mal au dos, mal à la tête, mais cela signifiera autre chose.

Cela rejoint le propos précédent. Encore une fois, je n'attaque absolument pas la vraie science et le progrès technologique, pour autant qu'il soit bien engagé et prescrit à bon escient. Mais à l'inverse, il faut que le médecin sache entendre le message du malade, la symptomatologie.

Revenons à la souffrance, à la douleur morale. Je prendrai l'exemple d'un camionneur. Il souffre d'une lombalgie à la suite d'un accident, il est handicapé, en invalidité, et est la risée des uns et des autres. Il souffre d'une impotence tant psychique, physique que sexuelle. Il parle d'un symptôme, mais il faut savoir repérer et savoir prendre en charge le malade souffrant et non plus uniquement l'objet précis du mal de reins ou du mal de dos, mais aussi l'être humain souffrant.

Encore une fois, le déploiement d'examen multiples peut faire écran à ce malentendu, il faut essayer de s'adresser au bon niveau.

**M. BESSON.** - Il n'existe pas une douleur, mais des multitudes de douleurs. Je voudrais vous mentionner les trois types que l'on rencontre.

Le premier type de douleur est appelé douleurs "nociceptives". "Nociception" veut dire "nuire". On dit qu'une douleur est "nociceptive" lorsqu'elle est dommageable pour l'organisme. Dans



ce cas, le système nerveux est intact. Cela peut être des coliques hépatiques, une rage de dents, tout ce que l'on désigne sous le terme de rhumatisme avec une inflammation périphérique.

On oppose à ce type de douleur, les douleurs neurogènes. Elles sont également multiples. On désigne par là des douleurs qui ont pour origine des lésions du système nerveux. Cela peut être des douleurs qui surviennent après la section d'un nerf, après une amputation, lors de neuropathie diabétique ou alcoolique, ou encore lors d'accidents de moto. Ces douleurs neurogènes peuvent être extrêmement invalidantes et apparaître sous forme de paroxysme, forme de brûlures, de décharges électriques. Du point de vue médical, peu de traitements sont disponibles.

Enfin, le troisième type de douleurs sont les douleurs psychogènes. On fait le diagnostic par exception. C'est-à-dire que ce n'est pas une douleur d'origine nociceptive, ce n'est pas une douleur neurogène.

Les douleurs psychogènes existent-elles ? Ce fut un long débat. Certains auteurs américains nient l'existence de la douleur d'origine psychogène en disant que les moyens d'investigations cliniques dont on dispose ne nous permettent pas de révéler une lésion, un dysfonctionnement du système nerveux.

Mais il existe des spécialistes de la douleur d'origine psychogène qui se sont attaché au langage des patients. Ils les ont bien définies. Pour beaucoup, ces douleurs psychogènes existent. Le rôle des cliniciens est de prendre en charge ces patients comme les autres.

Mme DUSSEAU. - Vous avez évoqué l'hypothèse de passer la formation de 2 heures à 10.

Effectivement, je crois qu'il faut un nombre d'heures minimal, de manière symbolique. Mais ce qui me paraît le plus important, c'est qu'il y ait, dans la formation des médecins, un double changement de mentalité ainsi que pour les formateurs pour qui la dimension douleur devrait exister dans les différents aspects de la formation.

Il y a une espèce d'obsession, tout à fait louable, de la guérison de la part du médecin, mais poussée au paroxysme, elle peut amener d'une part, à l'oubli de la personne face à la maladie à soigner, et d'autre part, à une sorte de négation de la douleur car elle est peut-être vécue par les médecins comme leur propre échec. D'une certaine façon, ils peuvent être amenés à nier l'existence d'une douleur comme une sanction qu'ils ne veulent pas reconnaître.

Il faudrait travailler davantage sur le rapport humain entre la médecine, qu'elle soit hospitalière ou médicale, et le patient, et dire que certes, on se bat pour la guérison, mais d'abord pour l'homme. Se battre pour l'homme, c'est accepter le fait d'être mortel.

**M. QUENEAU.** - Merci de cette brillante et importante intervention.

A propos de l'enseignement, la situation est très hétérogène. Dans certaines facultés, il y a encore peu d'enseignement. J'ai fait une étude statistique montrant qu'il y a en moyenne 14 heures en 2ème cycle et ce, sur 41 facultés qui ont répondu sur 43. C'est assez significatif.

J'ai conduit personnellement cette enquête par le canal des professeurs de thérapeutique qui ne méconnaissent pas certaines irrégularités de terrain. 5 heures en dernière année du 2ème cycle, en moyenne, sont également dispensées. D'où l'importance des séminaires, l'importance et de l'enseignement du malade.

Il est difficile de parler en quelques minutes de douleur parce que l'on peut tomber sur trop d'aspects psychologiques ou pas assez, trop d'aspects médicamenteux ou pas assez, c'est un ensemble. Il n'y a pas compétition entre tous ces moyens et toutes ces approches.

Je suis d'accord avec vous lorsque vous dites que certains médecins -il ne faut pas non plus généraliser- s'occupent plus du traitement étiologique que symptomatique. C'est une des choses sur laquelle les doyens veillent. Auparavant, il y avait tellement peu de traitements que l'on s'occupait probablement plus de la douleur symptomatique, mais il ne faudrait pas que le progrès conduise à oublier de traiter le symptôme et, entre autre, la douleur.

C'est une réalité, je l'ai vécue un jour lors d'une intervention qui s'est très bien passée, mais l'on a complètement oublié de soigner ma douleur.

Une journée comme celle-ci doit permettre d'aider à la sensibilisation de la partie humaniste de la démarche médicale. Il ne faut pas être humaniste anti-scientifique, mais il faut une exigence à la fois scientifique, technologique et humaniste.

**M. CHERIOUX.** - Je ne suis pas médecin, je parlerai donc sous le contrôle des médecins ici présents. Je crois savoir qu'il y a des cas où la lutte contre la douleur nécessite l'utilisation de médicaments qui mettent en cause la survie du malade, ou du moins qui risquent de réduire la durée de sa survie.

Y a-t-il un problème de limite entre le traitement de la douleur dans certains cas et l'euthanasie ?

**M. BESSON.** - Il existe peu de médicaments de la douleur. Vous avez l'aspirine, le paracétamol, la morphine et toute la série d'anti-inflammatoires. L'arsenal est donc relativement faible. Quelques anti-épileptiques sont efficaces dans certains cas, et l'on trouve aussi des anti-dépresseurs. Je vous ai parlé tout à l'heure de douleurs neurogènes, douleurs qui surviennent après lésion du système nerveux, on les traite actuellement avec des anti-dépresseurs. Certains de ces anti-dépresseurs ont des propriétés analgésiques.

Je schématise un peu, mais le nombre de médicaments est relativement restreint. Il n'y a aucun risque à les utiliser dans leur ensemble, mais il faut les utiliser à bon escient. Par exemple, il faut savoir prescrire la morphine. On ne la prescrit pas n'importe comment.

Je suis avant tout chercheur, je voudrais dire deux mots à ce propos.

La recherche sur la douleur mobilise beaucoup d'équipes dans le monde. Nous avons organisé, l'an dernier à Paris, le congrès international de la douleur qui a réuni près de 4 000 participants. Des dizaines de milliers de molécules sont évaluées chaque année. De nombreuses pistes existent pour mettre au point des médicaments originaux, au nombre d'une vingtaine ou d'une trentaine, mais il est difficile de passer du rat à l'homme. La recherche pharmaceutique rencontre de nombreuses difficultés, mais cela va aboutir d'ici 4 ou 5 ans.

**M. QUENEAU.** - Je suis entièrement d'accord avec ce qu'a dit Jean-Marie Besson. Pour revenir à la morphine, qui d'ailleurs n'est pas le seul indicateur, c'est un indice, il faut distinguer l'overdose de morphine aiguë, extrêmement dangereuse et grave, de la prescription progressive de morphine. C'est un des médicaments pour lequel l'index thérapeutique est le plus large.

L'évolution progressive, et en fonction d'une douleur progressive, permet une utilisation très importante de ce produit.

L'OMS a bien défini les trois paliers des traitements médicamenteux de la douleur, il ne faut oublier aucun des trois. Le palier numéro 2 est excellent et permet de combiner le paracétamol avec la codéine. Là aussi, on fait du neuf avec du vieux. La codéine était utilisée comme anti-tussif et anti-diaréique il y a déjà un siècle.

Son utilisation comme "quaduteur", si l'on peut dire, du paracétamol dans les antalgiques de niveau 2 date de quelques décennies.

**M. NEUWIRTH.** - Pour préciser la réponse à notre collègue Chérioux - nous reparlerons de ceci en fin d'après-midi - un certain nombre d'indications tendent à prouver qu'à partir du moment où la douleur est supprimée, la demande d'euthanasie diminue.

**M. HURIET.** - J'indiquerai deux réflexions avant d'introduire ma question. Je ne voudrais pas que l'on ait le sentiment que les médecins sont indifférents, ou étaient indifférents, à la douleur de leur patient.

Monsieur Besson a dit quelque chose tout à l'heure qui m'a fait mal en tant que médecin. Il a souligné que les médecins, il y a encore peu de temps, se résignaient à la douleur des autres. Je ne crois pas que l'on puisse dire cela. Il ne l'a d'ailleurs pas dit ainsi, mais cela rejoint ce qu'il a indiqué tout à l'heure quant au peu de moyens dont nous disposons depuis des siècles pour répondre à la douleur. Les médecins ne sont pas indifférents, mais il leur arrive d'être résignés.

Je crois que c'est aussi parce que l'on n'est pas capable de mesurer la douleur. Dans la douleur, le côté subjectif intervient, il faut essayer de faire la part des choses entre ce qui est l'intensité de la douleur et l'expression de celle-ci.

On sait très bien qu'il y a dans l'expression de la composante de la douleur une angoisse. Quand on peut répondre à l'angoisse à travers l'entretien, l'aptitude psychologique que l'on a en soi, beaucoup plus qu'on ne l'apprend, on voit peut-être mieux apparaître ce qu'est la douleur. La matière est difficile, mais tant que l'on s'interroge pour mesurer la douleur, que l'on essaie de l'estimer, de l'apprécier, la réponse du médecin est différente car c'est sa propre sensibilité qui intervient. Si le malade est lui-même angoissé, on sait très bien que l'on entre dans un cercle vicieux et que la réponse thérapeutique sera plus difficile.

Ma question est la suivante : comment peut-on avoir une approche nous permettant, indépendamment de la sensibilité propre du médecin, de savoir quelle est la réponse la plus adaptée ?

**M. QUENEAU.** - Premièrement, il n'y a pas un symptôme plus subjectif que la douleur. Deuxièmement, il faut croire le malade a priori quand il dit qu'il souffre. A partir de là, il faut essayer d'évaluer cette douleur, sinon comme une donnée complètement objective, du moins comme une donnée qui va évoluer dans le temps sous traitement.

J'ai envie de faire passer un message. Il faut enseigner non seulement dans les facultés, en formation continue mais également en direction des para-médicaux, des soignants en général, des infirmières qui ont un rôle très important. Chaque partenaire, dans un service hospitalier ou en médecine ambulatoire, doit penser à la notion de l'évaluation. On prend la tension artérielle, on prends le pouls, la température, on peut et l'on doit, prendre le pouls de la douleur chaque fois que l'on est face à une douleur aiguë ou chronique et que la douleur résiste au traitement.

Mme MISSOFFE. - Ce matin, à la radio, en parlant de cette journée consacrée à la douleur, et on le retrouve dans nos documents, il a été indiqué que la France était le 39ème ou le 40ème pays dans le traitement de la douleur.

M. QUENEAU. - Pour la morphine.

Mme MISSOFFE. - Personne ne le dit. On a même ajouté que la France venait après le Libéria. Comment peut-on calculer ce genre de chose ?

M. BESSON. - Tout cela est basé sur la consommation de morphine évaluée par le bureau des narcotiques à Vienne qui en contrôle la production et la consommation.

J'ai dit que l'on prescrivait 10 fois moins de morphine que dans les pays anglo-saxons. J'ai indiqué aussi que des progrès significatifs avaient été faits puisque la consommation de morphine a été multipliée par deux en quelques années. Mais nous sommes toujours loin des pays anglo-saxons. Un neurochirurgien me disait récemment qu'à Paris, des cancéreux souffraient encore atrocement car on ne leur donne pas de morphine.

C'est le message important que l'on veut faire passer.

Quant à l'évaluation de la douleur, des progrès ont été faits. Des échelles ont été réalisés. On cerne mieux le problème. Madame Gauvain-Piquard en parlera tout à l'heure.

Puisque l'on parle d'évaluation, il faut aussi évoquer les effets placebo qui se situe à 36 % aussi bien chez un cancéreux qu'un non-cancéreux. Chacun d'entre nous, un jour ou l'autre, pourra répondre à l'effet placebo. Il n'y a pas que la thérapeutique médicamenteuse, il y a aussi la prise en charge psychologique du patient. Le médecin doit faciliter l'effet placebo. La douleur est un problème multi-factoriels.

M. NEUWIRTH. - Il faut déjà supprimer l'angoisse du malade.

Nous allons écouter maintenant le docteur François Boureau, maître de conférence d'université, praticien hospitalier, neurophysiologiste clinique, responsable du centre d'évaluation et de traitement de la douleur à l'hôpital Saint-Antoine, responsable du diplôme inter-universitaire sur l'évaluation et le traitement de la douleur à Paris VI et la prise en charge de la douleur en soins infirmiers.

Docteur Boureau, vous êtes un homme de terrain, donc particulièrement qualifié pour nous parler des centres de soins et de consultation anti-douleur.

Ma question se compose de trois parties : d'où sommes-nous partis ? Où en sommes-nous ? Qu'est-ce qui serait souhaitable ?

M. BOUREAU. - Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, c'est avec beaucoup d'émotion que je suis parmi vous aujourd'hui pour vous parler d'expériences de terrain, car j'ai le sentiment que c'est un moment crucial pour les gens qui croient, depuis de nombreuses années, à cette mission qu'ils ont de s'occuper de la douleur.

Je m'associe pleinement à ce qui a été dit précédemment. Il est vrai, pour des raisons de communication, que l'on est parfois amené à noircir le tableau concernant la prise en charge de la douleur, notre mauvaise consommation de morphine, etc, mais il faut savoir -comme cela vient d'être dit, et je m'associe complètement à ce discours- que des progrès considérables ont été parcourus grâce à un petit noyau dur de gens qui se sont investis et qui, aujourd'hui, ont besoin d'être reconnus.

La première préoccupation dont je voudrais faire état est que les gens qui s'occupent de consultations de la douleur sont avant tout des enseignants.

La mission d'enseignement développée par le doyen Queneau est essentielle. Cela dit, il faut envisager le problème spécifique de ces consultations comme une fonction de soins, mais aussi une fonction d'enseignement, de recherche. Je vais aller directement à cette fonction de soins.

Le lien, en termes de soins, est un lien indirect, en ce sens que par les conseils, par l'image que donnent ces centres, ils encouragent tous les médecins à utiliser les armes correctement applicables dans les bons contextes cliniques.

Il a été dit tout à l'heure que s'occuper de patients douloureux, est un ancrage, dans une clinique, de base essentiel qui, parfois, tend à se perdre à l'époque des imageries sophistiquées. Un rappel à la clinique est essentiel.

Il faut utiliser les bonnes méthodes. Pour utiliser la morphine chez un patient cancéreux, on n'a pas besoin de centre de traitement de la douleur quand tout le monde est bien formé. Le but est que tout le monde soit bien formé pour effectuer les gestes qui doivent devenir des gestes de routine.

La mission des centres de traitement de la douleur est de réunir les compétences dispersées dans les différentes disciplines. Cela a été vu précédemment. On a eu une discussion sur la part de l'angoisse, les types de douleurs. Il y a des mécanismes de douleurs normaux avec un système nerveux intact et des mécanismes très subtils, comme les douleurs par lésions nerveuses, qui dépassent les possibilités curatives.

Il faut dire aussi que l'on navigue entre deux pôles : les douleurs pour lesquelles on a des moyens qui peuvent apporter un succès, de l'ordre de 70 à 80 %, (pour les douleurs cancéreuses) et les douleurs pour lesquelles, on n'a pas encore de solutions.

Nous aurons beaucoup de problèmes de douleurs à prendre en compte dans les centres de traitement de la douleur. Beaucoup de ces patients auront besoin d'être accompagnés, non pas parce qu'il s'agit de maladies terminales, mais parce qu'ils auront à vivre avec ces douleurs et à se réinsérer socialement et psychologiquement. Pour une tranche de patients, le travail est à l'évidence un travail de médecin, mais il se double d'un travail de psychologie en relation avec l'état professionnel des individus. Beaucoup de patients douloureux ne sont pas insérés dans leur travail à cause d'une douleur.

Autrement dit, un des axes principal de la consultation des douleurs, c'est cette double facette d'une approche strictement médicale classique et d'une approche large, psycho-sociale. Ceci est rendu possible par des organisations où viennent collaborer, dans une même équipe, des rhumatologues, des anesthésistes, des neuro-chirurgiens, des psychiatres, des psychologues, des neurologues, etc. Toutes ces compétences ont besoin de collaborer de façon intégrée dans une équipe de douleurs.

Cette mission s'adresse à la fois à des patients qui ont des affections terminales, on le verra avec l'aspect des soins palliatifs, la complémentarité qu'il y a entre ces deux domaines, et à des patients qui ont une espérance de vie intacte, mais qui vivent pendant des années avec des douleurs de zone A, des lombalgies, etc.

Je ne veux pas rater cette occasion pour vous dire que notre problème est un besoin de reconnaissance.

Que l'on m'entende bien. C'est une position personnelle. Le besoin de reconnaissance n'a pas pour but de revendiquer une discipline de plus, c'est pour reconnaître la spécificité du travail, c'est-à-dire que lorsque l'on est rhumatologue, ou autres, on peut avoir d'autres priorités. Le besoin de reconnaissance, c'est considérer qu'il faut -et il y a un besoin au niveau de l'hôpital et de la santé actuellement- que des gens se consacrent à temps plein à ce domaine.

Le premier problème est cette reconnaissance parce que les évaluations auxquelles nous avons à faire face nous noient dans notre discipline de départ. C'est un énorme problème.

L'autre problème se situe au niveau de la reconnaissance de la rentabilité hospitalière. Actuellement, nos actes font l'objet d'évaluation, comme on vient de le voir, il est indispensable de passer par une écoute du patient, cela prend beaucoup de temps et c'est mal récompensé sur le plan des actes.

C'est un point qui pénalise le développement de ces structures.

Aujourd'hui, il existe une trentaine de centres de traitement de la douleur. Lorsque l'on y regarde de plus près, il s'agit le plus souvent de structures informelles qui n'existent que par le désir des gens de vouloir forcer cette activité-là. Sur le papier, ce sont tous des gens qui ont été nommés dans d'autres missions. C'est un problème. On sait très bien qu'il y a un redéploiement. Il peut se faire en sens inverse, à un moment où l'hôpital a des difficultés.

J'insiste sur ce besoin de reconnaissance car il ne peut exister que s'il y a une volonté politique pour que cela avance. La douleur concerne tous les médecins, mais chaque discipline a d'autres priorités à défendre, si bien que le dossier douleur, même s'il est captivant, intéressant intellectuellement, a une tendance naturelle à être toujours marginalisé par rapport aux grandes disciplines.

M. NEUWIRTH. - La question qui vous était posée était la suivante : de votre point de vue, que serait-il souhaitable pour les centres anti-douleur ?

M. BOUREAU. - C'est cette reconnaissance des missions, des postes, comme je viens de le dire. Bien sûr, le problème des moyens est indéniable, mais il faudrait déjà une mise à niveau des moyens existants en termes de reconnaissance des missions, de spécificités de missions, des postes qui sont détournés de leur discipline de départ. Ces postes devraient vraiment être reconnus



comme appartenant au service traitant la douleur, il est nécessaire de trouver des critères adaptés pour que l'hôpital ne compare pas.

Je prends un exemple. Une activité douleur va être comparée, dans les consultations inter-services, à une consultation d'anesthésie. C'est un fonctionnement complètement différent. Les patients douloureux réclament une disponibilité intellectuelle ; on ne peut donc pas voir, dans une consultation de patients douloureux chroniques difficiles, une dizaine de malades en quelques heures, ce qui est souvent le rythme des consultations. Lorsque nous nous adressons à nos directions d'hôpitaux ou à nos chefs de service, ils nous disent que nous ne sommes pas rentables.

Cet obstacle est lié au fait qu'il n'y a pas d'identification du profil de cette activité. Ce besoin d'autonomie se manifeste surtout par une identification des profils de postes et des indicateurs sur les activités cliniques.

M. NEUWIRTH. - Une hypothèse. Si une loi pouvait prévoir que dans le projet d'établissement, comme dans le projet médical, une part soit réservée à un centre de traitement de l'appréciation et du traitement de la douleur, cela vous paraîtrait-il être une piste ?

M. BOUREL U. - Il s'agit de bien consolider l'existant car je ne pense pas que l'on puisse imposer la prise en charge de la douleur à des médecins qui n'en n'auraient pas le souhait.

Pour répondre très concrètement à votre question, j'ai proposé, mais je n'ai pas eu le temps de partager cette proposition avec mes autres collègues pour savoir si elle serait consensuelle, que l'hôpital se dote, à l'image des comités de lutte des maladies nosocomiales, d'une structure réunissant des médecins, des soignants, l'administration pour essayer de définir la politique de l'établissement concernant la prise en charge de la douleur.

C'est facile à réaliser : chaque établissement détermine jusqu'où il veut aller. Cela garantirait, à mon sens, une évolution qui peut se faire vers un centre, type centre de traitement de la douleur, mais je ne pense pas qu'il soit réaliste, actuellement, d'envisager de développer ce type de structure dans tous les hôpitaux.

En revanche, il faut qu'il y ait un référent douleur dans chaque hôpital, qui serait l'écho des remarques des soignants. La prise en charge de la douleur est soutenue par les infirmières qui côtoient ces patients. Il faut que tout l'hôpital réuni puisse se concerter sur les choix à décider.

A mon avis, ce serait un élément très important permettant de pouvoir prendre en compte ce que l'on a abordé tout à l'heure, c'est-à-dire les problèmes de consommation d'antalgiques versus des pratiques de l'euthanasie. On a évoqué très clairement ce qui se faisait et ce qui se fait encore de façon abusive, à savoir cette pratique des cocktails lytiques associant un neuroleptique et un mauvais analgésique, qu'à tort, on considère comme une bonne pratique de l'antalgie dans certains lieux.

Le terme "cocktail" est ambigu. En fait, c'est une euthanasie déguisée. On a utilisé les cocktails antalgiques dans beaucoup de cas. Nous recevons des appels téléphoniques pour nous demander quelles sont les doses des ces cocktails.

**M. NEUWIRTH.** - Ma question correspondait à ce que vous indiquez dans la petite brochure en parlant de "structure administrative mal définie".

Nous pensons qu'à travers la loi, et dans le cas du projet d'établissement, pourrait être introduite une définition permettant de prendre en compte, désormais, dans les centres hospitaliers, les centres de traitement de la douleur tels que décrits, c'est-à-dire pluridisciplinaires.

**M. BOUREAU.** - Tout à fait. Cette remarque touche les centres de traitement de la douleur et les centres de soins palliatifs. A mon avis, cette réflexion touche toutes les activités transversales de l'hôpital où l'on a actuellement une grande difficulté à mettre sur pied ces structures transversales à l'abri des compétitions des différentes disciplines.

Il faut que cela se fasse en alliance totale avec les gens disponibles pour cela, et non pas dans un esprit de compétition. Or, malheureusement, on a toujours, quand on parle de pluridisciplinarités, le risque de réactiver des luttes d'influence qui aboutissent à neutraliser le développement de ces activités. C'est ce qui se passe encore dans certains hôpitaux. Certains projets douleur n'ont pas vu le jour parce qu'il y avait une annihilation des motivations à cause de la guerre des disciplines.

Je pense que vous êtes suffisamment bien familiarisés avec cet aspect-là pour comprendre que c'est tout à fait clair. Il faut réfléchir à des structures qui puissent permettre l'équilibre des spécificités.

**M. BESSON.** - François, je voudrais que tu insistes sur les difficultés que vous rencontrez et sur le rôle que vous jouez, car la douleur est un problème majeur de santé publique. Les coûts socio-

économiques de la douleur sont considérables. Les directeurs d'hôpitaux vous font souvent le reproche, comme tu l'as indiqué précédemment, de n'être pas rentables. Un patient douloureux est difficile à examiner, vous faites donc peu d'actes.

J'aimerais également que tu insistes sur les problèmes de personnel. Pourrais-tu nous définir quelle serait la structure non pas idéale, mais qui serait un premier stade pour faire avancer ces centres de traitement de la douleur ?

**M. NEUWIRTH.** - Notre question est de savoir par quel moyen, la loi ou la voie réglementaire, nous pourrions reconnaître et permettre le développement de l'action des centres de traitement de la douleur ?

**M. BOUREAU.** - Beaucoup de questions sont posées.

Sur le problème des coûts, il est clair que la prise en charge des patients douloureux de réaliser des économies par la diminution du nombre permet au système de protection sociale d'actes ou des examens complémentaires non justifiés. Le processus est classique, face à un mal compliqué réclamant du temps, une écoute, on assiste à une sorte de fuite en avant. On demande un examen complémentaire plutôt que de faire la synthèse. Ce temps humain-là n'est pas récompensé.

On est pris dans une logique où les directeurs d'hôpitaux nous demandent "d'amener" de l'activité.

Aux Etats-Unis, des mutuelles d'assurance privée se sont investies dans l'organisation de centres de traitement de la douleur. Elles ont réalisé qu'elles pouvaient faire des économies en prenant en charge des patients dès après un accident plutôt que de payer à ces derniers des compensations financières. C'est cette logique-là qui est derrière certains centres de traitement de la douleur.

La question très importante à régler est l'évaluation du coût que représentent ces patients, gros consommateurs d'exams complémentaires.

Cette réflexion, sous l'angle de l'hôpital, n'est pas prise en compte. La logique se passe ailleurs.

Jean-Marie Besson m'a tendu la perche en ce qui concerne les difficultés. Je ne voudrais pas faire ici du misérabilisme, mais vous avez compris qu'à partir du moment où l'on n'existe pas sur le papier, on n'a aucune possibilité d'avoir du personnel.

Actuellement, nous sommes soumis au principe de redéploiement ; ce que nous voulons avoir, nous sommes obligés de le quémander ailleurs. La majorité des équipes existantes a été créée à un moment où l'hôpital n'avait pas les mêmes difficultés qu'actuellement. Elles datent d'il y a une dizaine d'années quand ces redéploiements étaient encore possibles.

Je confirme qu'effectivement, nous avons du mal, mais je préfère insister sur l'analyse des obstacles. Cela vous permettra de prendre les décisions opportunes pour débloquer la situation, si vous le souhaitez. Personnellement, je serais ravi que vous vous attardiez sur ce dossier car il me paraît très important.

M. FOURCADE. - J'ai cru que vous alliez dériver sur le thème : "Un peu plus de personnel", "un peu plus de moyens", "un peu plus de budget". C'est une thèse que nous entendons souvent. J'ai été très intéressé par l'expérience américaine que vous avez citée.

Il est certain que dans l'organisation actuelle de l'hôpital, le problème des coûts des actes et du fonctionnement de l'hôpital, cache parfois des problèmes globaux de santé publique.

Vous avez apporté à ce débat une note tout à fait importante. Le patient douloureux est d'abord multi-médecins. J'ai été moi-même patient douloureux pendant 2 ans. J'ai consulté quantité de professeurs. On m'a fait faire de nombreux examens, j'ai coté un prix fou à la Sécurité Sociale, tout cela parce qu'il y avait un tout petit problème de départ que personne n'avait vu. Il serait intéressant qu'il y ait, au niveau de l'organisation hospitalière, un système permettant d'écouter les gens et non pas de céder au fantasme de chaque chef de service.

A mon avis, c'est un problème qui doit se situer en amont, au niveau de la caisse d'assurance maladie. Il ne faudrait pas, comme vous l'avez indiqué pour les sociétés d'assurances américaines, continuer à cloisonner l'hôpital et rajouter un centre anti-douleur à tout ce qui existe, mais plutôt avoir un système d'analyse plus important. C'est un point sur lequel nous devons réfléchir et sur lequel nous vous remercions d'avoir apporté ces éléments.

Mme MISSOFFE. - On insiste beaucoup sur la nécessité d'une formation à la douleur des étudiants en médecine. Or, dans votre exposé, vous dites que les médecins sont noyés dans leurs disciplines de départ et qu'il faut d'autres spécialistes pour s'occuper de ces problèmes.

Je constate que nous souffrons, malgré les progrès de la médecine, de cette spécialisation terrible des médecins.

Vous avez également "catégorisé", si je puis dire, les patients en phase terminale. A mon sens, c'est une approche qui doit demander des compétences, de la formation, et une approche particulière des patients devant vivre avec la douleur.

Je me demande si le traitement de la douleur doit être une spécialisation médicale, ou si cette dimension terriblement forte de l'homme, aussi forte que la maladie, ne doit pas être assumée par chaque médecin afin que nous ayons à faire à un interlocuteur complet.

**M. QUENEAU.** - Je voudrais indiquer deux choses.

La douleur n'est pas rentable pour le médecin, elle n'est pas rentable pour l'hôpital dans la structure actuelle. Si on veut donner un statut à la douleur, il est nécessaire d'abord de donner un statut à la consultation de qualité. Il est très économique de réaliser un bon diagnostic et de savoir écouter la plainte du malade pour éviter ce suivi de malentendus et d'exams para-cliniques, coûteux, inutiles, dangereux.

Deuxièmement, une des perversités du système vient des concours universitaires. Certains des meilleurs praticiens hospitaliers, des meilleurs cliniciens en général ne réussissent pas les concours car ils n'ont pas assez publié.

Actuellement, si l'on veut réussir les concours universitaires, il faut 80 % de publications, 15 % de clinique, et 5 % de pédagogie. C'est anormal. En faisant ce procès, je demande haut et clair que l'on prenne en compte le travail clinique et aussi la pédagogie.

**M. BOUREAU.** - J'ai parlé d'une spécialisation du temps consacré à la douleur et non de l'identification d'une spécialité. Le message est difficile à faire passer. La douleur doit être l'affaire de tous les médecins. Effectivement, il faut militer pour que chaque médecin puisse appliquer les bonnes règles concernant la douleur.

Il est indispensable de ne pas perdre de vue que certains patients auraient besoin de programmes thérapeutiques qui, actuellement, ne sont valables que sur le papier, mais ces patients n'y ont pas accès. C'est un point très important. Des patients réclament des prises en charge intégrées. Prenons l'exemple des lombalgies chroniques qui réclament une prise en charge au niveau de la rééducation, au niveau de la composante nerveuse, une prise en charge psycho-sociale.

Une étude récente à propos de la douleur neurogène a montré que la garantie qu'apportent les centres de traitement de la

douleur, c'est que tous les patients vont sortir avec des traitements actuellement considérés comme actifs. Cela ne veut pas dire que l'on va guérir les gens, mais au moins ils ont une garantie de voir appliquer les procédures auxquelles la littérature internationale croit.

A l'inverse, lorsque l'on prend des populations témoins qui ne sont pas dans ces circuits-là, on s'aperçoit que les procédures mises en oeuvre ne sont pas du tout en accord avec les directives. C'est un point qui mérite réflexion.

M. CHERIOUX. - Je voudrais revenir à ma première question. On m'avait rassuré en me disant qu'il n'y avait pas de médicament risquant d'entraîner l'euthanasie, mais le docteur Boureau vient de parler de cocktail. Peut-être n'y a-t-il pas de médicament isolé, mais s'il y a des cocktails de médicaments, le résultat est le même.

Je souhaiterais que l'on précise la réponse qui m'a été donnée car c'est un problème qui interpelle beaucoup de gens aujourd'hui, craignait de voir apparaître un risque avec certains traitements de la douleur. Peut-être sont-ils mal appliqués, je n'en sais rien. Ces cocktails ne sont peut-être pas autorisés.

M. BOUREAU. - Il n'y a pas de risque si l'on manipule les traitements selon les règles d'utilisation, mais bien entendu, aucun des traitements actuellement disponibles ne peut pas, s'il est mal manié, surdosé, ne pas avoir d'effets adverses. C'est une règle de base.

Le cocktail dont je parlais est une pratique qui n'a jamais été étudiée comme pratique médicale. Elle est détournée des gestes faits aux urgences par les SAMU. Le cocktail s'appelait "lytique" à une époque où les neuroleptiques s'appelaient des neurolytiques. C'est une pratique insidieuse. On croyait que c'était une bonne méthode du traitement de la douleur, mais celui-ci, en l'occurrence, consistait à utiliser des sédatifs qui n'ont pas d'action antalgique.

C'est une pratique que personne ne revendique. La pratique du cocktail lytique devrait être une technique interdite. Il faut reconnaître qu'il y a 10 ans, c'était une façon de répondre à certaines plaintes en phase terminale.

Des études ont montré que dans les hôpitaux, la pratique du cocktail lytique s'estompe alors que l'on voit s'accroître les consommations morphiniques.

M. NEUWIRTH. - Personne ne s'étonnera que je donne la parole, en réponse, à Madame le professeur Geneviève Barrier qui s'est un peu émue d'une référence aux SAMU.

Mme BARRIER. - Qu'entend le professeur Boureau lorsqu'il dit que c'est une pratique détournée des SAMU ?

M. BOUREAU. - Vous savez très bien que l'association de "l'Osan" et du "phénergan"...

Mme BARRIER. - C'était il y a 30 ans.

M. BOUREAU. - Cette pratique a existé.

M. NEUWIRTH. - Je rassure le docteur Barrier, il y a 30 ans, les SAMU n'existaient pas.

M. LESBROS. - Je vous parlerai tout d'abord en tant que sénateur, puis en tant que médecin-praticien. En tant que sénateur, vous savez que nous avons la responsabilité de l'équilibre de la Sécurité Sociale sous une forme ou une autre. Dès qu'elle est en déséquilibre financier, elle s'adresse aux finances publiques. Elle relève donc in fine de la responsabilité du Parlement.

Je laisse de côté toutes ces idées particulièrement originales consistant à créer des établissements, à toujours faire appel aux caisses de Sécurité Sociale, pour nous retrouver ensuite avec des problèmes que nous créons nous-mêmes.

En tant que médecin, j'ai toujours pensé que la douleur était un symptôme, un syndrome, et que c'était une indication dans une maladie organique ou psychique. C'est à partir de là qu'il fallait soigner le causal pour arriver à trouver un traitement à la douleur.

Vous habitez Paris, mais beaucoup d'entre nous habitent des villes de province. Je suis à Gap, à 100 km de Grenoble, à 200 km de Marseille. L'agglomération compte 50 000 habitants. Sommes-nous aptes à pouvoir créer un établissement pour la douleur et pourquoi n'aurions-nous pas droit, nous aussi, à avoir un tel établissement dans un CHG alors que c'est uniquement réservé aux CHU ?

C'est un établissement qui va coûter de l'argent. On peut se demander également comment allons-nous essayer d'en faire bénéficier l'ensemble des populations.

J'ai créé à côté de Gap, il y a une vingtaine d'années, un centre contre le cancer. Au départ, mes patients venaient d'hôpitaux parisiens. Ils étaient généralement en phase terminale. Etais-je un médecin de la douleur ? Peut-être. Je m'estimais comme tel, j'utilisais de la morphine pour essayer de soulager.

Je veux dire par là que tous les médecins, quels qu'ils soient, sont déjà formés pour traiter de la douleur.

Supposons qu'un centre de la douleur soit créé à l'hôpital Saint-Antoine. Pour une douleur organique, on peut toujours trouver un traitement. C'est la douleur qui ne fait pas sa preuve dont vous voulez certainement parler, les gens ont mal, mais l'on ne sait pas d'où cela vient, on dit que c'est psychique ou autre. Comment, moi, praticien de Gap, vais-je faire si je me trouve en présence de cas douloureux ? Dois-je vous les adresser à Saint-Antoine avec les difficultés que me crée la Sécurité Sociale, ou dois-je les soigner ?

C'est une question intéressante pour le malade et pour le médecin.

Deuxièmement, le système, dont l'initiative en revient à notre collègue Neuwirth, est-il un système localisé aux CHU, aux grandes villes, ou pourra-t-il s'étaler sur les villes de province ?

M. NEUWIRTH. - Cette question, sur laquelle notre groupe d'études aura à se pencher, révèle le problème du réseau/ville/hôpital, mais aussi du monde rural. Il est vrai que dans des départements comme le lien, le problème va se poser. Sous quelle forme ? Ce sera le but de nos recherches.

Cela fait très exactement partie des questions que le Sénat doit se poser en tant que conseil des communes de France. Nous représentons l'ensemble de notre territoire. Nous avons à répondre à ces problèmes, car effectivement, comme tu l'as indiqué, il n'y a pas que dans les villes où l'on doit pouvoir traiter la douleur.

Plusieurs formules peuvent être imaginées, cela fera partie de notre travail d'études. Nous aurons à auditionner encore beaucoup de gens pour arriver à nous faire une opinion. Aux côtés des centres de la douleur, il faudra avoir un système de réseau, la formation continue, une meilleure information des médecins, là où ils se trouvent.

Ce n'est pas aujourd'hui que l'on apportera des réponses. Nous pourrons le faire à partir de cette journée et avec ce que nous entendrons dans les semaines à venir.

M. LESBROS. - Ne pensez-vous pas, au moment où la revalorisation du rôle du médecin généraliste est envisagée, que l'on est en train d'aller en sens inverse actuellement en créant trop de spécialités ? N'y a-t-il pas là un danger ?

M. BOUREAU. - La difficulté est de transmettre le message du traitement de la douleur et de faire l'amalgame de toutes



les formes de douleur. Chacun a un rôle, le médecin généraliste, le spécialiste, dans la prise en charge de la douleur. Les centres de la douleur ne sont que la réunion des spécialités habituellement confrontées à tels ou tels problèmes qui vont se potentialiser les unes les autres.

Cette prise en charge doit se faire clairement à tous les niveaux. A aucun moment, je n'ai parlé de spécialisation. Lorsque l'on veut faire avancer ce dossier, on se heurte toujours à la même crainte. Je n'ai absolument pas dit cela. J'ai parlé d'une reconnaissance des actes spécifiques. Autrement dit, il s'agit d'une spécialisation du temps consacré à la douleur et d'une spécialisation des actes consacrés à la douleur.

M. LESBROS. - De quelle nature va être le diplôme qui va sanctionner la justification du temps ?

M. QUENEAU. - Ce sera un diplôme inter-universitaire comme il en existe des centaines, dont certains ne sont d'ailleurs pas justifiés, mais cela ne donnera pas droit à spécialité.

Vous avez raison, Monsieur, tout médecin, tout clinicien, tout praticien généraliste en particulier, est un médecin de la douleur. François Boureau n'a pas dit l'inverse. C'est la raison pour laquelle il faut enseigner à tous les médecins car tous vont soigner la douleur des patients. Les centres de la douleur interviendront face aux impasses et aux techniques particulières.

Pour faire faire des économies à la Sécurité Sociale, il faut rembourser moins un certain nombre de pseudo-techniques et de pseudo machines inutiles, désuètes, obsolètes et revaloriser l'acte médical dans sa noblesse.

Mme FRAYSSE-CAZALIS. - Je voudrais réagir après l'échange un peu vif entre Madame le professeur Barrier et le docteur Boureau.

Nous avons besoin, les uns et les autres, pour être cru et pour progresser, de tenir des propos très équilibrés. C'est difficile, sans doute, mais c'est impératif.

Je suis moi-même cardiologue, quand on nous enseignait l'infarctus du myocarde, il y a quelques années, on disait qu'il fallait tout d'abord calmer la douleur. Ensuite, nous utilisions la morphine.

Je suis témoin de cette réalité. Pour autant, je ne dis pas que nous sommes les meilleurs, que nous n'avons pas de progrès à faire. Cela a été rappelé ici et je m'en félicite.

Quant aux cocktails lytiques, je les ai vus utilisés par de grands services de cardiologie parisiens. Les médecins qui les utilisaient le faisaient pour calmer. Nous devons tenir compte, les uns et les autres, de la limite de nos connaissances, de nos expériences et des progrès que la recherche a accompli depuis quelques dizaines d'années.

Ces cocktails ont-ils pu être utilisés par des SAMU ? Sans doute, comme ils l'ont été par d'autres. Ceci dit, tout le monde connaît le rôle essentiel des SAMU. Personne ne peut le remettre en cause.

Il convient donc que nous tenions des propos équilibrés de manière à ne pas susciter de vives réactions de la part des médecins qui savent très bien que l'on soigne la douleur depuis longtemps, avec les moyens dont on dispose et avec des limites. Les médecins, les patients, savent tous que des progrès ont été accomplis, mais que beaucoup reste à faire dans ce domaine.

A propos du débat sur "spécialité ou pas", comme cela a été indiqué, le traitement de la douleur appartient à tous les médecins et à toutes les spécialités. C'est une lapalissade. Ce qui m'intéresse particulièrement chez ceux qui se sont penchés sur cette question, c'est de pointer certains aspects d'organisation, d'enseignement, certaines spécificités de douleurs qui justifient que des structures se préoccupent de ces questions, accueillent des patients particuliers, et que des formations, peut-être plus pointues, s'organisent.

Le traitement de la douleur peut s'évaluer à plusieurs niveaux. Vous avez montré que toutes les douleurs ne sont pas égales. Cela justifie, encore une fois, une organisation.

Les centres de traitement de la douleur, objet du débat d'aujourd'hui, ont leur utilité. La façon dont Monsieur Besson nous propose de travailler est bonne.

Si chaque établissement hospitalier examinait déjà en son sein, avec les médecins, les personnels, comment prendre en charge le traitement de la douleur, on aurait fait beaucoup de progrès dans la sensibilisation et, sans doute, dans la mise en place concrète de structures.

Il y a lieu d'examiner certes, comment, avec les structures actuelles, nous pouvons progresser, mais il ne faut pas gommer le problème des budgets hospitaliers qui sont trop serrés. Monsieur Boureau est sans doute mal placé pour le dire au poste qu'il occupe, mais je sais, pour être médecin et travailler en milieu hospitalier que des redéploiements sont possibles. Au-delà d'une limite, non

seulement, on ne peut plus redéployer, mais l'on ne peut même plus travailler correctement, écouter un patient.

M. NEUWIRTH. - Concernant ces centres de douleur, la France connaît une situation très diverse. La France, ce n'est pas seulement Paris. Il faudra faire confiance, à partir des centres de références régionaux, et des centres existants dans les différents centres hospitaliers aux hommes de la profession et aux gens du terrain pour adapter les solutions que nous pourrions être amenés à proposer à la suite des études que nous allons conduire. Mais ce doute je suis certain, c'est qu'il était nécessaire de mettre en avant le mouvement pour déboucher.

Nous allons maintenant écouter le docteur Jean-François Bloch-Lainé.

Le docteur Bloch-Lainé est membre de la commission de réflexion sur la toxicomanie, présidée par le docteur Roger Henrion.

Nous touchons avec vous un point très sensible. Ma question sera la suivante : comment éviter l'amalgame entre le traitement de la douleur et la toxicomanie ?

M. BLOCH-LAINE. - Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Vous avez décidé de mettre en question le mal-fondé des traitements de la douleur dont peuvent bénéficier les malades de notre pays.

Vous savez sans doute que vous vous attaquez ici à un des tabous les plus solidement enracinés dans l'obscurantisme dont nous souffrons tous.

Un des obstacles les plus pervers que certains veulent dresser contre vous est incontestablement cet amalgame qui tente de réunir la "drogue" et les médicaments efficaces contre la douleur.

Il serait facile d'évacuer la question en affirmant cette vérité : souffrir et "se droguer", ce n'est pas la même chose !

Pour le médecin que je suis, en effet, celui qui souffre et celui qui se "drogue" sont tous les deux des malades, mais ils ne souffrent pas exactement du même mal. Celui qui souffre cherche à ne plus souffrir, celui qui "se drogue" cherche à fuir un monde qu'il juge impossible et risque de se perdre en croyant faire un simple "voyage".

Il n'existe pas de lien identitaire évident entre celui qui souffre et celui qui se drogue, sinon que le consommateur d'héroïne,

devenu dépendant de ce médicament interdit, pose ici le problème que vous voulez résoudre : une des plus grandes atténuations de la douleur ne risque-t-elle pas de grossir les rangs des toxicomanes ?

On m'a dit, à la faculté, il y a longtemps déjà, qu'il ne fallait pas croire les malades qui prétendaient avoir mal, et qu'il y avait des douleurs respectables. La douleur devait alors être respectée parce qu'elle permettait, disait-on, de faire des diagnostics, et sans doute aussi parce qu'elle était rédemptrice aux yeux de certains qui ne souffraient pas.

L'enseignement n'était pas toujours celui-là. Mon maître, Paul Milliez, a su très tôt dire aux étudiants en médecine quel était le premier devoir du médecin : "Soigner et tenter, par tous les moyens de guérir, mais ne jamais oublier que le médecin est là, d'abord, pour aider à ne pas souffrir".

Trois médecins français sur quatre en France, dit-on, ne détiennent pas de "carnet à souches". Ces formulaires d'ordonnance, remis par le Conseil de notre ordre, doivent être obligatoirement utilisés pour la prescription des antalgiques que l'OMS classe dans le groupe 3, c'est-à-dire les opiacés naturels ou de synthèse, seuls capables de combattre efficacement les douleurs les plus intenses, les plus permanentes, les plus tenaces, notamment celles provoquées par les cancers. Cela ressemble un peu à une démission et je ne suis pas sûr que cela soit tout à fait digne.

La morphine, ses frères et ses soeurs, font peur, et ceci pour deux raisons :

1°) la prescription de morphine équivaut trop souvent dans l'esprit du médecin, du malade et de sa famille, à la proclamation de l'imminence de la mort.

2°) la prescription de morphine exposerait à la toxicomanie, comme si à trop bien soigner la douleur, on développerait le risque toxicomane.

C'est là une erreur funeste et dangereuse.

Cette erreur est funeste car elle laisse vivre une personne dans un état de douleur que rien ne justifie. En matière de traitement de la douleur, d'autres vous diront mieux que moi comment il faut opérer. Au risque d'être schématique, je dirai seulement que la douleur légère relève des antalgiques légers, la douleur moyenne relève des antalgiques moyens, et la douleur sévère relève des antalgiques majeurs.

Les antalgiques majeurs sont tous des opiacés. Il est vrai qu'ils exposent tous au risque de ce que les pharmacologues appellent la "tolérance". Cette tolérance oblige, au fil du temps, à augmenter la dose pour obtenir le même effet. Ainsi, faut-il parfois multiplier par 10 la dose qui fut utile au début du traitement pour rester efficace autant que celui-ci demeure nécessaire. Cela est particulièrement vrai chez les malades en fin de vie, et cela conduit à penser, à tort, que la morphine aura tué ce mourant.

On sait pourtant que le traitement de la douleur, s'il peut soulager la souffrance, est bien incapable, s'il est bien mené, d'abrèger la survie de celui qui souffre. Nous savons que si nous voulions effectuer une euthanasie active, il nous faudrait utiliser d'autres armes chimiques. Je rappelle que l'injection intraveineuse de morphine était indiquée, avec la "saignée" dans le traitement héroïque de l'oedème aigu du poumon, tel qu'on me l'a enseigné il y a près de 40 ans. Personne ne disait alors que la morphine allait tuer ce malade en détresse respiratoire.

Cette erreur est dangereuse car elle conduit trop de médecins à faire mal leur métier en ceci qu'ils laissent des malades en souffrance -chacun en convient pour autant que cela le concerne- au motif que la prescription de ces médicaments antalgiques favoriserait l'extension de l'endémie toxicomaniaque. Certains d'entre nous, qui conviennent enfin que la prescription des opiacés ne tue généralement pas, ont encore trop souvent la crainte que celle-ci puisse favoriser la toxicomanie. Encore une fois, je voudrais affirmer la différence qui sépare fondamentalement la "maladie toxicomaniaque" de la "maladie algique".

En près de 40 ans de travail, je n'ai pour ma part rencontré aucun toxicomane qui fut initié à son trouble du comportement par un traitement efficace de la douleur, et je n'ai connu aucun malade qui devint toxicomane, soit que la cause de sa douleur ayant disparue, il n'avait plus besoin de ce traitement, soit que la cause de ses douleurs l'ayant emporté contre nous, il n'était plus.

Encore une fois, le malade qui souffre d'une douleur "organique" et le toxicomane qui tente de combattre un mal-être indicible, ne relèvent pas de la même logique. La souffrance de l'un n'est pas moins grande que celle de l'autre, elle n'est simplement pas de même nature.

Croire que l'on va générer des toxicomanes en soignant la douleur n'a aucun sens, et cela me rappelle des peurs magiques d'un autre âge.

L'objet de votre réflexion est vaste et vous me permettrez d'aborder devant vous l'épineux problème du traitement des toxicomanies. La seule d'entre elles contre laquelle nous possédons un traitement est la toxicomanie à l'héroïne. L'héroïne est un opiacé qui fut synthétisé à la fin du siècle dernier, et qui fut, d'emblée, utilisé pour sevrer les morphinomanes. Il s'agit bien d'un médicament, mais ses inconvénients sont à ce point supérieurs à ses avantages que tous les pharmacologues lui refusent la qualité de remède et que tous les médecins conviennent de l'interdire. Certains patients ne l'entendent pas ainsi, et après y avoir goûté par jeu, par défi, ou par dépit, se trouvent comme l'on dit "accrochés" et obligés de faire les bêtises les plus folles pour trouver leur dose quotidienne.

Cet "accrochage" souvent rapide, pose bien le problème : si l'on peut être accroché par l'héroïne, pourquoi ne le serait-on pas par un antalgique de la même famille, à savoir la morphine ?

Tout laisserait à penser que le traitement d'une douleur par un opiacé peut induire une toxicomanie. Or, l'expérience, du moins la mienne, prouve le contraire. Il est clair que ceux qui prétendent être entrés en toxicomanie par le truchement du traitement de la douleur nous mentent et se mentent à eux-mêmes : ils avaient commencé avant.

D'autres vous ont dit mieux que je ne le ferai, comment il faut soigner ceux qui souffrent. Mon propos sera autre, vous le comprendrez aisément. Je veux vous dire combien le traitement médical de la toxicomanie est mal mené dans notre pays et pourquoi, à mon sens, il en est ainsi.

Un malade égaré dans une médecine parallèle, meurtrière et crapuleuse, doit-il être tenu par nous tous pour un délinquant, au seul motif que la médecine officielle n'a pas su ou n'a pas voulu le soigner lorsqu'il en était encore temps ?

Sans doute, faut-il qu'il en soit ainsi puisque la loi en a décidé.

Tout consommateur d'une substance interdite enfreint la loi, et, au nom de cette loi, peut séjourner en prison.

Chacun s'accorde pourtant à affirmer que la prison n'est pas un lieu idéal de soin. Mais telle est la loi.

Or, dans l'exercice de mon métier, lorsque je prescris à un malade toxicomane, un médicament dit de substitution qui permettra de mieux le prendre en charge, j'enfreins la loi. En effet, les seuls médicaments capables d'empêcher de souffrir un individu devenu dépendant de l'héroïne sont tous, par définition, des opiacés. Ces

"opiacés" sont des molécules de la famille de la morphine dont l'héroïne peut être considérée comme une soeur dévoyée. Cet "opiacé" que je prescris est, selon la loi, détourné de l'usage qui en fut prévu lors de sa mise sur le marché des médicaments autorisés.

De telles aberrations ne paraissent possibles que grâce à cette loi édictée en 1970 qui fait du toxicomane un délinquant avant de le reconnaître pour un malade. Tout ce qui en suit est parfaitement logique :

- le toxicomane est un délinquant, donc il relève de la police et de la justice pénale ;

- mais il s'agit aussi d'un malade, l'Etat va donc le prendre en charge, et par respect de la personne humaine, cette prise en charge sera anonyme et gratuite ;

- dans le même temps, les médecins ne seront pas tenus de soigner ces "malades extraordinaires", d'autres qu'eux s'en chargeront, comme il en fut des fous du Moyen-Age qui étaient confiés, avec les autres gueux, aux fossoyeurs et à la maréchaussée.

Je voudrais vous dire combien à mes yeux cette loi de 1970 est obsolète et dangereuse.

En 25 ans, elle n'aura pas su endiguer l'endémie toxicomaniaque à laquelle nous assistons. En 25 ans, elle aura éloigné des services de soins beaucoup de personnes devenues dépendantes de drogues illicites. En 25 ans, elle aura donné bonne conscience à des soignants qui refusent de soigner certains de leurs semblables. En 25 ans, elle aura, en définitive, jeté dans la délinquance, beaucoup d'enfants égarés.

M. NEUWIRTH. - Avez-vous des questions à poser au docteur Bloch-Lainé ?

M. HURIET. - Dans votre exposé, Monsieur, vous avez évoqué avec beaucoup de pertinence et des arguments très forts, les adaptations de la loi.

Sans me substituer au président, je pense que vous deviez évoquer cette question, mais elle ne ressort pas des préoccupations immédiates du groupe de travail ; toutefois la Commission des Affaires Sociales ne peut pas la méconnaître.

Des contacts doivent se poursuivre, le docteur Delga est bien placé pour le faire, afin que l'appel au législateur que vous venez de lancer -ce n'est pas le premier- soit un des derniers car il y a, à la Commission des Affaires sociales, une écoute très particulière.

**M. NEUWIRTH.** - Je vous remercie, d'autant plus que j'ai évoqué tout à l'heure la loi de 1970 sur laquelle nous allons devoir nous pencher. C'est une bonne chose que le groupe d'études se trouve être justement un groupe d'études de la Commission des Affaires sociales.

**M. HURIET.** - N'y a-t-il pas des situations particulières dans lesquelles le risque de passer du traitement de la douleur, je parle de douleurs chroniques, à la toxicomanie est réel ?

Je donne un exemple qui avait marqué mes années de jeunesse : celui des douleurs des amputés, qu'il s'agisse de pathologies de guerre ou de pathologies civiles, les douleurs résiduelles du moignon pour lesquelles un certain nombre de situations appellent la prescription de morphine. On nous avait appris, à l'époque, que dans ces situations, du fait même de l'origine de la douleur, le fait de faire appel à des posologies croissantes de morphine pouvait générer un risque de dépendance.

Cet exemple est-il valable ? En existe-t-il d'autres ?

Autrement dit, un des points forts de votre exposé consiste à dire, pour les raisons que vous avez indiquées, que le risque d'accoutumance, de dépendance est nul, mais dans certaines pathologies, entre autre celles que je viens d'évoquer, ce risque est-il nul ou minime ? Comment l'appréciez-vous ?

**M. BLOCH-LAINE.** - Je dirais une bêtise si j'affirmais que le risque est nul. Il est évident qu'il existe. Ce sur quoi je voulais attirer l'attention, c'est qu'il y a, me semble-t-il, une énorme différence entre le traitement de la douleur des malades atteints d'une pathologie habituellement cancéreuse et très lourde, et ce que l'on rencontre dans la pratique quotidienne des malades dits "toxicomanes" qui n'ont aucun point commun.

On ne devient pas toxicomane à 18 ans parce que l'on a été traité longtemps pour une pathologie très douloureuse.

Maintenant il y a une question à laquelle je suis incapable d'apporter une réponse, et pour laquelle je n'ai obtenu aucune réponse nulle part, cela concerne le devenir des enfants hyper-douloureux que l'on a mis pendant longtemps en traitement morphinique. La question peut se poser de savoir si ces enfants vont développer ultérieurement une pathologie toxicomaniaque. Je ne sais pas si quelqu'un peut répondre à la question.

**M. BESSON.** - Je pense que Madame Gauvain-Piquard pourra y répondre.



Je voudrais revenir sur votre question, Monsieur le Sénateur. Vous avez choisi la douleur suite à une amputation. Dans le cas de lésions nerveuses, les douleurs résistent en général aux morphiniques. Au niveau des douleurs neurogènes, il y a peut-être une trentaine de types différents de douleurs. Les cliniciens ont cherché à savoir si tel type de douleur pouvait trouver une réponse avec la morphine. La réponse est non.

**M. NEUWIRTH.** - Où en est la recherche dans ce domaine ?

**M. BESSON.** - Les principaux groupes de travail, dans le domaine de la recherche, essaient de rapprocher de plus en plus les cas cliniques, mais il subsiste encore des problèmes éthiques que l'on doit résoudre. On citait le cas des douleurs neurogènes, les centres de traitement de la douleur en rencontrent. Ces patients peuvent souffrir pendant 15 ans de façon continue. La douleur revient, réapparaît. La recherche fondamentale essaie d'avoir des modèles expérimentaux. Je vous ai parlé de neuropathie, on a, par exemple, des modèles expérimentaux de neuropathie où l'on apprend comment fonctionne le système nerveux, quelles sont les substances chimiques intervenant dans ces différents types de douleur.

C'est à partir d'une meilleure connaissance de la physiopharmacologie de la douleur que l'on sera mieux à même de proposer des médicaments.

Je suis d'accord avec Monsieur Bloch-Lainé, on parle de cancers, Madame Barrier parlera de la douleur post-opératoire tout à l'heure, il n'y a pas d'accroissement de la consommation de morphine. Il existe des comprimés de morphine par voie orale très maniables. Encore une fois, on contrôle 70 à 90 % des cancers. La consommation de morphine en Suède, par exemple, a été multipliée par 17 à la fin des années 1970, mais l'on n'a pas noté d'accroissement de la toxicomanie dans ce pays.

On dit aussi que les toxicomanes cambriolent les pharmacies, le pharmacien ne peut donc pas disposer de morphine. C'est un faux problème. Une pharmacie est livrée 4 ou 5 fois par jour. On n'a donc pas besoin de stocker des comprimés de morphine.

Quant au risque d'accoutumance, bien entendu, il existe, mais pour les cancéreux, ils ont été surestimés. Ce n'est pas un problème majeur.

**M. NEUWIRTH.** - Nous en parlerons avec le professeur Tubiana tout à l'heure.

**M. HURIET.** - A l'instant, vous venez d'évoquer, Monsieur, des modèles expérimentaux de traitement à la douleur en faisant abstraction des réactions possibles des ligues de protection des animaux. Ma question concerne la possibilité de transposer de l'animal à l'homme des modèles expérimentaux. Est-il possible d'étudier, pour le pharmacologue, en fonction des types de douleurs expérimentales, les réponses thérapeutiques les plus adaptées ?

**M. BESSON.** - Bien évidemment. Je vais vous citer un exemple. Début 1970, en enregistrant des neurones et en essayant de décrypter des modes de douleur, mon laboratoire a montré que la morphine bloquait le message douloureux au niveau de la moelle épinière. A cette époque-là, personne n'y croyait. Trois ans après, ont été découverts les récepteurs où allait se fixer la morphine, puis les morphines-endogènes. Tout ceci s'effectuait sur le rat, on est passé très rapidement du rat à l'homme.

J'ai choisi le meilleur exemple, certes, mais des milliers de patients cancéreux ont reçu de la morphine par voie intra-fécale car l'on sait qu'il y a beaucoup de récepteurs au niveau de la moelle.

Cette technique est maintenant de moins en moins utilisée puisque l'on dispose de comprimés de morphine que l'on prend par voie orale. On est passé très rapidement de la recherche fondamentale à la recherche clinique.

Si vous voulez comprendre les aspects physiopharmacologiques, c'est à partir de là que vous allez mettre au point les médicaments agonistes ou antagonistes qui agiront sur telle ou telle substance. Comme je l'ai indiqué précédemment, les médicaments dont on dispose à l'heure actuelle sont très anciens. Beaucoup d'espoirs demeurent dans ce domaine. Il faut que la recherche continue.

Il n'y a pas que les modèles, on dispose aussi de beaucoup de techniques in vitro. Je vais vous donner un exemple. Une de mes anciennes collaboratrices travaille pour un grand laboratoire pharmaceutique français, avec ces techniques in vitro, elle teste un nombre considérable de molécules. L'an dernier, elle en a testé 3 000. C'est à partir de ces techniques in vitro, que l'on sélectionne un certain nombre de drogues qui vont s'accrocher au niveau de tel ou tel récepteur, puis on analyse les effets de ces substances.

Il ne faut pas assimiler l'usage de la morphine aux soins palliatifs. Il faut bien faire la différence.

**M. NEUWIRTH.** - Le prochain orateur va nous en parler.

**Mme BARRIER.** - Je voudrais poser une question à Jean-Marie Besson. Vous nous avez parlé tout à l'heure des douleurs neurogènes, et en particulier, des douleurs du moignon. Il y a quelques années, quand j'étais à Cochin - nous commençons le centre de traitement de la douleur - les douleurs du moignon résistaient à toutes les thérapeutiques, mais inexplicablement, certaines d'entre elles étaient soulagées par la neuro-stimulation transcutanée. J'ai abandonné ce dossier depuis longtemps, où en est-on ? La recherche a-t-elle avancé ? Continue-t-on à travailler sur ce sujet ?

**M. BESSON.** - Oui, mais comme vous le savez, toute nouvelle technique a beaucoup de succès. Ce n'est que 10 ou 15 ans après qu'on peut l'évaluer. C'est la même chose pour des techniques de stimulation du cerveau.

Pour répondre à votre question, au début, la neuro-stimulation, c'était un peu bon pour tout, aujourd'hui, les cliniciens ont précisé quelles en étaient les indications. Cela renvoie à ce que vous faisiez puisque l'un des intérêts majeurs de cette neuro-stimulation est d'essayer de soulager les douleurs neurogènes.

Ce n'est pas la panacée, mais c'est tout de même efficace dans un certain nombre de cas. Il faut y associer d'autres choses. Beaucoup de cliniciens se sont aperçus que les effets de cette neuro-stimulation pouvaient s'estomper au fur et à mesure de la répétition des stimulations. Il existe des appareils portables.

**M. NEUWIRTH.** - Je vous remercie. Je vous propose d'entendre le docteur Louis Brasseur.

Le docteur Brasseur est praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur à l'hôpital Ambroise Paré.

Une réelle prise de conscience a commencé à se développer, on s'en rend compte, les uns et les autres, un peu partout en ce qui concerne les soins palliatifs, bien qu'encore insuffisamment mis en place.

Où en sommes-nous aujourd'hui ? De par les informations dont nous disposons, nous n'aurions que 32 centres de soins palliatifs qui auraient traité en 1993, 5 000 patients alors qu'en Grande-Bretagne, 40 000 patients ont été traités durant la même période. Il me semble donc intéressant que vous nous parliez des soins palliatifs en tant que praticien.

**M. BRASSEUR.** - Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, je suis assez ému d'être parmi vous car j'ai bien conscience qu'il s'agit de quelque chose d'important qui peut se jouer ici.

S'il n'y avait pas de problème de douleur en France, cette réunion n'aurait pas eu lieu. Concernant la douleur post-opératoire, dont parlera Madame Barrier ce soir, une enquête récente faite à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris a montré qu'à la 24ème heure post-opératoire, près de 50 % des malades ressentent une douleur très importante. Or, il s'agit d'une douleur que l'on peut sans doute soulager facilement.

Dans une enquête que nous avons faite dans toute la France auprès de malades atteints du sida, on s'est aperçu que 50 % d'entre eux souffraient de douleurs supérieures à 5 sur une échelle visuelle analogue allant de 0 à 10.

Concernant le cancer, les chiffres sont pratiquement identiques. Plus de 70 % des patients ressentent une très forte douleur durant les 24 dernières heures supérieure à 5. Ce sont des scores de douleur importants. Sur ce groupe de patients cancéreux, 56 % d'entre eux avaient une douleur, en moyenne, sur les 24 heures, supérieure à 5 sur une échelle visuelle analogue allant de 0 à 10.

Vous voyez que l'incidence de la prévalence de cette douleur est importante.

M. BESSON. - Pourrais-tu expliquer ce qu'est cette échelle ?

M. BRASSEUR. - Une échelle visuelle analogue est une méthode d'évaluation de la douleur. On présente au malade une règlette sur laquelle un trait de 10 cm est tracé. Un curseur se déplace d'un bout à l'autre. D'un côté de la ligne, cela correspond à l'absence de douleurs, et de l'autre côté, c'est la douleur la plus intense que le malade puisse imaginer ne jamais avoir. Il met le curseur qui correspond à son état. Correspondant à la ligne indiquée par le malade, figurent des chiffres. Cela nous permet d'avoir un chiffre correspondant à une douleur.

Le gros avantage de cette technique-là est que ce n'est pas nous qui évaluons la douleur, mais le malade lui-même. C'est un moyen sans doute imparfait, mais il existe. Il a été validé.

Parallèlement à cette enquête, et au même moment, nous avons interrogé des cancérologues et des médecins généralistes pour leur demander s'ils pensaient que le phénomène douloureux était quelque chose que vivaient beaucoup de leurs malades.

50 % des médecins interrogés ont dit que moins de 20 % de leurs malades avaient des douleurs importantes. Vous voyez qu'il y a une grave sous-évaluation du phénomène douloureux par les

médecins comparativement à ce que l'on trouve quand on interroge les patients.

Il y a vraisemblablement un problème de douleur. La douleur du cancer, comme le rappelait Jean-Marie Besson tout à l'heure, à la différence d'autres douleurs, peut être largement soulagé par les morphiniques dont on a parlé précédemment.

Dans un certain nombre de pays, l'échelle de l'OMS a été testée et validée. On a montré que l'on peut soulager à peu près 80 % des patients douloureux avec des morphiniques.

Les soins palliatifs en France soulèvent beaucoup d'émotion depuis les 5 dernières années. Il m'a paru intéressant de replacer les soins palliatifs en France dans le contexte général.

Il y a quelques dizaines d'années, la médecine était essentiellement palliative. L'arrivée des antibiotiques a beaucoup changé cette situation, d'autres succès médicaux ont aussi considérablement modifié la vision des maladies et de la mort tant chez la population que chez les médecins.

Ces derniers ont certainement plus de difficultés que par le passé à accepter l'échec. Il faut bien reconnaître que dans leur enseignement, il y a peu de place pour le palliatif.

Dans certains états des Etats-Unis, la mort a été considérée comme optionnelle par un nombre non négligeable de citoyens. Pour les médecins, elle est considérée comme un échec, elle gêne les statistiques et présente un intérêt limité.

Une vision très exclusivement scientifique de la médecine se révèle aujourd'hui parfois problématique avec le personnel infirmier, beaucoup moins impliqué dans le processus scientifique, et avec les malades qui, certes "consommateurs" de soins médicaux, souhaitent de plus en plus une meilleure qualité de vie.

La douleur est sans doute actuellement considérée comme un sujet prioritaire pour la population. Le but des soins palliatifs aujourd'hui n'est pas de revenir aux temps héroïques des hospices, mais de faire coexister qualité de vie et médecine moderne pour les malades ayant une affection à pronostic défavorable.

L'arrivée du sida a apporté une lumière nouvelle sur le problème dans la mesure où, aujourd'hui, il n'existe pas de traitements curatifs et où la population victime est souvent jeune, voire très jeune, ce qui révolte plus volontiers. De toutes façons, mourir jeune ou mourir plus vieux est toujours un moment particulièrement difficile à passer.

Il existe un certain nombre de définitions des soins palliatifs :

- une définition concernant plus spécifiquement les médecins : "C'est l'étude et la prise en charge des malades ayant une maladie qui progresse de façon évidente, à une phase avancée, ayant un pronostic sombre et chez qui l'objectif principal est la qualité de la vie". Cette définition a été retenue en Grande-Bretagne en 1987.

- il existe une définition plus large, prenant en compte le fait que les soins palliatifs sont un problème d'équipe, c'est-à-dire les médecins, les infirmières, les assistantes sociales, les kinésithérapeutes, les volontaires, les représentants des religions. La définition proposée par l'OMS en 1990 est la suivante : "Les soins palliatifs sont des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et d'autres symptômes ainsi que la prise en considération de problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, sont primordiales. Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille. De nombreux éléments des soins palliatifs sont également applicables au début de l'évolution de la maladie en association avec un traitement anticancéreux".

Il est également dit un certain nombre de choses concernant les soins palliatifs. On voit là qu'il ne s'agit pas d'un schéma avec deux systèmes de soins, un système actif avec la chimiothérapie, la radiothérapie, la chirurgie et un système passif, fait de compassion et de prise en charge des symptômes, mais plutôt d'un système impliquant les deux systèmes, l'un étant plus important à un moment donné de la maladie.

Il ne s'agit pas là d'une conception où seuls les soins terminaux sont pris en compte. J'insiste parce qu'en France, on a vraiment beaucoup parlé des soins terminaux, mais pas du reste. On se trouve rapidement confronté à un problème de définition avec le mot "terminal". S'agit-il de jours, d'heures, de semaines, de mois ? On ne sait pas prévoir. Qui détermine cette période, le malade ou le médecin ? Mais surtout, cette conception fait appel à des notions très négatives et passives, du style : "Tout est fini, on attend que cela soit fait". En fait, le vrai message des soins palliatifs est que jusqu'à la mort, quelque chose doit pouvoir être fait et que tout ne doit pas se résoudre en un désespoir collectif, et à ne tenir que la main du malade et se désoler avec lui.

En fait, les traitements doivent être envisagés en termes d'avantages pour le patient. Il faut que ceux-ci l'emportent sur les inconvénients. Par exemple, dans cette optique, toutes les

investigations doivent être mûrement réfléchies et réduites au minimum.

Historiquement, les soins palliatifs trouvent leur origine dans le mouvement des hospices. Les hospices fonctionnent en France depuis bien longtemps, mais c'est surtout en Grande-Bretagne que leur développement est sans doute le plus avancé. D'autres pays comme le Canada, l'Australie ou les Etats-Unis ont suivi. Dans ces pays, cette spécialité est mieux reconnue que chez nous. Des chairs universitaires ont été créées. Les soins palliatifs y ont pris aussi une autre dimension. Il ne s'agit plus uniquement de soins réalisés dans les hospices avec parfois, la mauvaise image de marque qui peut être attachée à ces lieux, il existe aussi des soins à domicile ou des soins réalisés au sein d'hôpitaux généraux, en hospitalisation de jour, par exemple.

Par ailleurs, il s'agit d'une vraie spécialité avec ses congrès, ses échanges, ses revues. Même si le travail des hospices remonte au Moyen-Âge, la version moderne des soins palliatifs date d'environ 25 ans.

Les pathologies sont historiquement celles des cancers en phase avancée, mais aujourd'hui, une attention particulière est portée aux malades atteints du sida et de maladies neurologiques dégénératives.

Toutes ces maladies sont caractérisées par des troubles physiques et des désordres psychologiques et sociaux. L'objet des soins palliatifs est donc d'envisager la maladie non pas comme une anomalie physiologique isolée, mais plus sous l'angle de la souffrance engendrée chez le malade et son entourage. Ce dernier est d'ailleurs mis à contribution et l'on attend qu'il s'exprime et participe activement aux soins.

Les professionnels de santé doivent encore plus qu'ailleurs travailler en équipe. Le rôle des infirmières, qui sont sans doute les plus en contact avec le malade lui-même, est très important, en particulier en ce qui concerne la prise en charge de la douleur. Mais d'autres groupes devraient pouvoir exercer une activité dans de meilleures conditions que ce qui existe actuellement dans notre pays, en particulier, les psychologues.

La formation est sans doute un problème clé. Il est souhaitable que les difficultés des malades ayant des affections actuellement incurables soient abordées au cours des études que les jeunes médecins ont à effectuer. Ceci peut être un enseignement spécifique sur les soins palliatifs ou bien être intégré dans le cadre de l'enseignement existant aujourd'hui.

Avec l'OMS, on peut proposer que l'enseignement porte sur certains domaines indispensables, comme les attitudes, les croyances, les valeurs en développant la philosophie et l'éthique des soins palliatifs et la notion de travail en équipe ; les connaissances de bases, les principes de communication, la physiopathologie des différents symptômes rencontrés, le traitement de la douleur et des autres symptômes, les besoins psychologiques et spirituels des malades, les besoins psychosociologiques de l'entourage et des familles.

Des formations post-universitaires devraient pouvoir se développer avec un programme qui soit le plus homogène possible au niveau national. Des carrières universitaires dans les soins palliatifs devraient pouvoir exister et donner un prestige à une spécialité qui, aujourd'hui, est souvent considérée comme marginale. Ceci pourrait être un moyen de la faire avancer dans un milieu parfois septique ou incrédule.

Encourager la recherche, ce qui n'est pas une entreprise facile dans ce domaine, ne serait-ce que d'un point de vue éthique ou méthodologique, pourrait également favoriser son développement. On doit se souvenir que c'est le travail effectué dans les hospices sur l'utilisation de la morphine orale qui est à la base de nos connaissances actuelles de l'utilisation pratique de ce produit pour soulager la douleur du cancer.

Faut-il des unités de soins palliatifs partout ? Cela ne semble pas indispensable. En revanche, un nombre limité d'unités d'excellence dans les gros centres de traitement du cancer ou dans les CHU, par exemple, serait une étape intéressante et pourrait se faire en relation avec la création d'unités mobiles, ces dernières étant beaucoup plus nombreuses et s'articulant avec les centres de références.

Une surveillance et une évaluation devraient faire partie intégrante du programme d'installation des soins palliatifs afin de repenser et de renforcer leurs activités.

Par ailleurs, il faut envisager que les soins à domicile puissent être largement améliorés dans notre pays. Mais il existe d'autres possibilités comme les soins ambulatoires articulés avec les soins à domicile.

En fait, les soins palliatifs sont avant tout un concept. Ils sont habituellement considérés comme d'un bon rapport coût-efficacité, mais ils ont un coût. Ils sont généralement simples à appliquer et peuvent être souvent gérés à domicile.



Les soins palliatifs ne reçoivent qu'une partie négligeable des ressources disponibles pour la lutte anticancéreuse, l'essentiel étant destiné au traitement curatif, parfois d'un coût élevé, pour des résultats limités. Une meilleure répartition des ressources serait donc souhaitable.

Outre le patient, une attention à la famille ou à l'entourage immédiat doit être envisagée, souvent médicale, psychologique, sociale et éventuellement spirituelle, congé d'adieu, par analogie au congé de naissance, ainsi qu'un soutien au personnel soignant.

Enfin, les soins palliatifs doivent admettre, respecter les aspects spirituels de la vie humaine et donner leur juste place aux valeurs fondamentales contenues dans la "Déclaration des Nations-Unies sur l'élimination de toutes formes d'intolérance et de discrimination fondées sur la religion ou la conviction".

La population de notre pays vieillit et est donc plus sujette au cancer. Il est prévu une augmentation assez importante de l'incidence de cette maladie dans les années à venir. Même si des espoirs existent pour une amélioration des résultats curatifs, de nombreux patients en souffriront dans les prochaines années. Le problème est un peu similaire avec le sida et de nombreuses maladies nerveuses dégénératives.

Il faut donc que nous percevions que la qualité de la vie est une chose importante, et que la prise en charge de la douleur et des symptômes doit être considérée avec autant d'attention que la transplantation d'organes ou d'autres domaines de la médecine.

Ceci passe entre autre par une formation adaptée, un changement des attitudes et des mentalités, une meilleure prise en charge de la douleur, une plus grande facilité d'accès aux antalgiques majeurs et un encouragement à la recherche. Il serait bon qu'un programme national soit envisagé dans notre pays et aboutisse à un système structuré et coordonné.

M. NEUWIRTH. - Je vous remercie. Vous avez été très complet. Il est bien entendu que dans les soins palliatifs, l'accompagnement des patients en phase terminale est essentiel.

Là aussi beaucoup reste à faire dans la formation des différents personnels de santé.

Mme DUSSEAU. - Comme tous mes collègues, j'ai été très sensible à tout ce que vous avez dit.

Je voudrais attirer l'attention sur deux aspects et vous poser une question, cela concerne notamment l'aide à la famille. Je pense aux familles de personnes atteintes de cancer en phase terminale, ou du sida. Ces familles ont besoin d'aide et étant aidées, elles peuvent mieux entourer la personne en train de mourir.

Vous avez parlé d'unités mobiles, je ne sais pas si cela existe, pourriez-vous apporter quelques précisions sur l'existant et sur le potentiel ?

**M. BRASSEUR.** - Je fonctionne dans une unité mobile. Je pense que François Boureau fait de même. Nous travaillons dans des centres de consultation anti-douleurs. Nous recevons des malades de l'extérieur. Il serait ridicule de ne s'attacher à soigner que des patients venant de l'extérieur en étant complètement indifférent à ce qui se passe dans nos locaux.

L'unité mobile est une unité à laquelle peuvent faire appel les collègues dans des structures d'hospitalisation en cas de problèmes de douleur qu'ils ne parviennent pas bien à gérer. Nos consultations, si elles veulent être complètes, doivent comporter, entre autre, des psychiatres ou des psychologues, voire des assistantes sociales.

Il est évident que tous les malades douloureux ne doivent pas venir aux consultations de la douleur.

Nous disposons d'un numéro de téléphone où l'on peut nous joindre pour nous demander de venir voir tel patient pour lequel il y a un problème. Nous nous déplaçons et essayons d'analyser l'ensemble des facteurs, y compris les facteurs psychologiques, qui peuvent être des composantes de la douleur et nous en faisons part aux soignants habituels. Nous proposons des solutions, ou ceux qui nous ont appelés décident d'agir seuls. L'unité mobile est une unité de conseils.

**Mme DUSSEAU.** - Vous pouvez aller d'un hôpital à l'autre ?

**M. BRASSEUR.** - Nous avons un numéro vert. Des médecins de ville, par exemple, peuvent nous appeler pour des problèmes de douleur qu'ils n'arrivent pas bien à gérer. Les gens laissent un message sur un répondeur et nous les rappelons pour leur dire ce que nous proposons de faire dans telle ou telle situation. Ils peuvent nous tenir au courant pour améliorer ce qui peut l'être ensemble.

On peut imaginer que l'unité mobile soit quelque chose d'un peu large. Le problème des unités mobiles est qu'il faut qu'elles soient acceptées. Dans l'hôpital où je travaille, il y a un étage où je ne

suis jamais allé. Or, je sais qu'il y a là des malades qui souffrent, mais ceux qui y travaillent n'ont pas besoin de nous a priori. Il ne faut pas forcer, mais convaincre.

**Mme MISSOFFE.** - Vous avez dit que les centres où l'on prodigue les soins palliatifs ont été initiés en Grande-Bretagne, leur développement en France étant postérieur.

Ces centres de soins palliatifs prennent-ils en charge des malades atteints d'un mal inguérissable et qu'il faut aider à mourir, ou atteints de dégénérescence, et qui mourront aussi ?

Dans les services où l'on vous signale ces malades, prenez-vous en charge des patients en phase terminale répartis sur plusieurs hôpitaux ?

**M. BRASSEUR.** - Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, il ne faut pas entendre par soins palliatifs, uniquement des problèmes d'hospitalisation. C'est aussi un problème de mentalité, de concept.

Quant au problème des unités de soins palliatifs, Monsieur Neuwirth disait tout à l'heure qu'une trentaine de centres existait en France. Le cancer est la deuxième cause de mortalité en France, faut-il des unités de soins palliatifs partout ? La réponse est vraisemblablement non. De nouveau, on aurait à faire face à la mauvaise image qu'ont pu avoir les hospices en France considérés comme des mouiroirs.

En France, dans le concept des soins palliatifs modernes, nous avons un peu de retard. Mais cela ne veut pas dire que l'on n'a jamais fait de soins palliatifs. Dans un livre d'un auteur anglais, il est rapporté que le premier centre de soins palliatifs réellement existant en France date de 1842. Si les Anglais acceptent de le dire, c'est qu'il doit y avoir une part de vérité !

Le problème est plus un problème de prise en charge et d'intégration cette notion de soins palliatifs dans les unités de soins actuelles. Il est difficile d'imaginer que pendant un temps donné, une équipe va s'occuper d'un patient, lui faire de la chimiothérapie, de la radiothérapie, ou de la chirurgie, et puis, tout d'un coup, décide qu'elle ne peut plus rien faire pour lui et l'envoie ailleurs pour aller y mourir.

Il serait préférable, parallèlement à cette phase active, qu'une phase différente soit impliquée où l'on prendrait en charge les symptômes, et en particulier la douleur, les problèmes psychologiques, voire sociaux, associés à cette maladie dont le pronostic est sans doute défavorable.

C'est un peu différent de ce que l'on a imaginé ces derniers temps avec des unités de soins palliatifs isolées, lourdes et des traitements curatifs également lourds et parfois insatisfaisants.

Cette espèce d'osmose est sans doute utile. En revanche, il faut qu'il y ait des unités de soins palliatifs dont le travail soit évalué, des centres de références où l'on fasse de la formation, où l'on montre l'exemple, que les gens peuvent aller visiter, comme c'est le cas dans certains hospices en Grande-Bretagne, le plus célèbre étant Saint-Christopher. Des gens du monde entier vont en pèlerinage à Saint-Christopher pour y voir un hôpital où les malades sont dans des lits, où tout est calme, sans agressions dans les couloirs, pas de bruits étrangers.

Saint-Christopher a servi d'exemple pour la formation. Si aujourd'hui, on utilise de la morphine par voie orale pour traiter de nombreux cancéreux, c'est grâce à la recherche faite dans ces hospices. Ce ne sont donc pas uniquement des endroits passifs où rien ne se fait.

**M. HURIET.** - Un double constat s'impose.

Premier constat : la réflexion dont vous venez de nous faire part découle de ce que l'on meure de plus en plus à l'hôpital et de moins en moins chez soi. C'est dans ces conditions qu'a émergé l'angoisse, du patient qui se sait condamné et de la famille qui l'entoure.

Deuxième constat : si on éprouve la nécessité d'avoir cette réflexion, de mettre en place ces structures, quel que soit leur type, ne paie-t-on pas, d'une certaine façon, les conditions d'accès à la médecine depuis 25 ou 30 ans qui ont privilégié le scientifique au détriment de l'humain avec toute l'approche de sensibilité que cela pouvait comporter ?

Je n'ai pas attendu aujourd'hui pour le dire, déjà en 1968, on voyait bien s'amorcer cette tendance. Désormais, on éprouve le besoin d'avoir des structures particulières pour que le comportement des médecins soit adapté alors qu'il eut été préférable que ce soit une question de sensibilité et une conception humaniste de la médecine.

C'est une sorte d'auto-critique. On le voit à travers les programmes d'enseignement auxquels vous vous référez. Il y a l'amorce d'un retour. Je déplore pour ma part que ce retour soit aussi tardif.

**M. NEUWIRTH.** - On va essayer de l'accélérer.

**M. HURIET.** - Ce n'est que depuis 2 ou 3 ans qu'il y a introduction d'une sensibilisation aux sciences humaines, dont d'ailleurs, curieusement, les étudiants, n'ont pas tendance à prendre très au sérieux. Il y a une mutation, par rapport à l'image que les étudiants avaient de la formation médicale et une véritable révolution culturelle. On peut donc espérer que la notion même de soins palliatifs trouvera une réponse naturelle dans la formation, dans le comportement des médecins et dans la sensibilité qu'ils auront pu cultiver.

Vous avez déjà partiellement répondu aux deux questions que je désirais vous poser concernant les transferts dans les unités et sur le coût.

Certains d'entre nous ont connu les salles communes où y mouraient les malades, les possibilités d'isolement étaient très réduites. Actuellement, les choses se posent dans un contexte différent. Je suis très réticent à l'idée d'unités de soins palliatifs, tout en considérant qu'elles sont sans doute une nécessité, mais plus on pourra s'en passer, mieux ce sera, parce que le choix du moment du transfert est crucial. Pour les personnes qui connaissent de plus en plus souvent leur diagnostic et son évolution, le transfert d'un service actif dans une autre structure provoque inévitablement un choc.

Moins il y aura d'unités de soins palliatifs, mieux ce sera, plus il y aura d'équipes et à terme, moins il y aura besoin d'équipes, mieux ce sera. Êtes-vous d'accord avec cette démarche ?

Deuxième question sur le coût. Tout ceci a un coût. A-t-il été calculé ? Dans les budgets hospitaliers globaux, n'y a-t-il pas, du fait du coût, des critères vers lesquels on s'achemine, les PMSI par exemple, un véritable obstacle qu'il faudrait surmonter très vite ? Peut-être que le groupe de travail pourrait jouer un rôle à ce niveau.

**M. QUENEAU.** - Merci de votre appel à l'humanisme, je crois avoir dit quelques mots dans ce sens-là, y compris au niveau des concours. Il faut trouver un certain équilibre entre les différentes capacités des médecins d'hôpitaux, des chefs d'hôpitaux, etc, sans oublier l'aspect humaniste et l'aspect pédagogique.

Dans le 1er cycle, la matière "sciences humaines et sociales" devient la plus grosse matière du concours de 1ère année. Elle va représenter plus de 20 % du concours. C'est un point important. Tous ne le savaient peut-être pas.

**M. HURIET.** - Cela date de 3 ans.

**M. QUENEAU.** - De façon aussi lourde, cela date de cette année.

Merci de citer le PMSI, ou les profils de maladies, il faut que cela soit codé, sinon ce ne sera pas pris en compte. On ne pourra pas y consacrer le temps nécessaire. Peut-être est-il nécessaire de procéder à un certain dépoussiérage et de faire des économies sur des machines et des techniques moins utiles qu'autrefois et surutilisées. En revanche, il convient de reconnaître le temps authentique consacré à la douleur à différents niveaux, et peut-être pas uniquement dans telle ou telle situation évoquée depuis une heure, mais aussi pour un médecin qui fait très attentivement son interrogatoire.

**M. BRASSEUR.** - Il ne faut pas opposer le caractère humaniste au problème de la recherche. De toutes façons, même dans les sciences humaines, il y a de la recherche à faire. Il faut éviter de heurter les sensibilités.

Concernant le coût, des évaluations ont été faites en Grande-Bretagne sur les unités de soins palliatifs. Il ne semble pas qu'elles aient entraîné un coût moindre. Vraisemblablement, elles entraînent une qualité supérieure à un coût équivalent.

En revanche, les soins à domicile sont sans doute des modes beaucoup moins chers et très peu développés dans notre pays. Pour se référer à ceux qui existent à Paris, l'hospitalisation à domicile est un système très imparfait, qui fonctionne de telle à telle heure, mais pas le week-end. Quelque chose est sans doute à revoir. Les soins à domicile dans certains quartiers de New-York -qui ne sont pas forcément les plus favorisés- fonctionnent 24 heures sur 24 et ne sont pas très coûteux.

Le soin à domicile articulé avec l'hospitalisation plein temps est sans doute quelque chose sur lequel il faudra se pencher. De même, la notion de volontariat est sûrement à revoir. Quand vous allez dans un centre anticancéreux, on est impressionné par l'activité dévolue aux volontaires. Ils reçoivent une formation de 3 mois sur le type de malade qu'ils auront à prendre en charge et sur l'aspect palliatif. C'est quelque chose de très efficace. Les gens ne se sentent pas seuls, ils savent qu'ils peuvent rester à domicile et qu'ils seront pris en charge.

Sur le transfert, il est sûr qu'aujourd'hui, on a tendance à se décharger de certains patients qui ne répondent pas aux critères de service actif. Cela pose problème. A l'inverse, il faut reconnaître que de nombreux services tentent de garder leurs patients, ne les

abandonnent pas. En revanche, il n'est pas évident que les soins qui leur seront alors prodigués soient les meilleurs.

**M. BOUREAU.** - Je voudrais faire une remarque suite aux commentaires qui ont été faits, et donner une information.

On peut s'enfermer dans le vocabulaire et opposer les soins palliatifs et l'activité douleur. Vous avez vu la superposition totale entre les différentes missions. Parfois les termes laissent à penser qu'il ne s'agit pas des mêmes activités.

Deuxièmement, le rôle des équipes mobiles est majeur, à la fois parce que c'est le désir des patients de recevoir des soins par les équipes qui les ont déjà pris en charge (et la rupture qui vient d'être signalée est effectivement vécue comme un traumatisme) et c'est aussi le désir des équipes soignantes de continuer à prendre les gens en charge jusqu'à la fin. C'est là où se développe ce concept d'équipes mobiles qui me paraît très important à clarifier car il y a parfois un amalgame uniquement avec des unités de soins palliatifs ou uniquement des unités fixes avec lits alors que le principe de l'équipe mobile se développe de façon très importante.

Je voudrais illustrer les implications que l'on peut avoir, et pour ce qui me concerne, vous donner des idées des actions que nous essayons de mener en donnant des rôles aux infirmières, recevant une formation adéquate et étant reconnues dans leurs activités, ainsi qu'à l'égard des médecins généralistes qui veulent assumer ces soins en ville et qui, à la demande des patients, veulent se sentir soutenus. Cela consiste à développer le concept de réseau.

Dans cette optique, nous avons actuellement un projet.

Des actions très concrètes peuvent être mises en oeuvre se situant essentiellement en termes de coût de postes, car les coûts indirects produits par ces activités ne sont pas aussi importants en termes de consommation d'examen complémentaires et autres.

**Mme DUSSEAU.** - Je voudrais réinsister sur l'importance des changements de mentalité à mettre en place.

Tout à l'heure, mon collègue évoquait le choc psychologique qui peut se produire lors du passage d'une unité à une autre, ou d'un service hospitalier ou clinique à un centre extérieur. Malheureusement, nous avons tous des exemples contraires. C'est-à-dire des gens qui ont vécu leurs derniers jours en milieu hospitalier ou en clinique traditionnelle au milieu de ce que l'on pourrait appeler rapidement des "brutalités hospitalières". Lorsqu'ils sont arrivés dans un centre de soins palliatifs, le changement a été radical, total,

complet. Cela leur a permis de vivre ces derniers jours de la meilleure manière possible.

J'ai été très intéressée par ce que vous avez dit sur les équipes mobiles. Il me semble qu'il faut les développer. Il convient également d'améliorer fondamentalement les changements d'attitude dans un certain nombre de cas où l'on arrive à une négation de la personne en train de mourir, ce qui est toujours dramatique.

M. BRASSEUR. - Vous parlez de changement de mentalité, il y a certainement quelque chose à faire de ce côté-là, cela touche un peu tout le monde, les directeurs d'hôpitaux, les infirmiers généraux, les médecins.

Lorsque l'on rentre dans un hôpital, on trouve la mention : "Silence, hôpital". C'est pour l'extérieur, à l'intérieur, ça n'est pas assuré que le même calme, le même respect des personnes existe. On doit y réfléchir. Ce n'est pas enseigné. C'est un problème de réflexion commune.

Pour les patients dont le pronostic est grave, le rôle des familles est essentiel. Ce que proposent les unités de soins palliatifs est simple. Il s'agira par exemple d'avoir un endroit où les familles peuvent s'installer, discuter avec leurs proches. Cela ressemble à une sorte de salon ; il existe également des coins cuisine où l'on fait la nourriture que le malade aime et non pas le plateau qui lui est imposé. Cela ne coûte pas cher et rend ces moments différents.

M. NEUWIRTH. - Le grand inconvénient est qu'il faut déjà que l'on retrouve le sens de l'humain. Je ne suis pas persuadé que ce soit une volonté très généralisée.

M. LESBROS. - J'ai été particulièrement intéressé par cette idée d'antenne mobile. On fait appel à vous pour votre notoriété, votre connaissance, votre compétence.

Comment, au point de vue universitaire, de la faculté de médecine, va-t-on avoir la garantie nécessaire, pour les médecins souhaitant une préparation, qu'ils auront la compétence ou la qualification pour le traitement de la douleur ?

La faculté va-t-elle créer une formation continue ? Allez-vous proposer une initiation ? Je sais que l'on ne veut pas entendre parler de spécialité, il faudra parler de qualification. C'est un problème qui se pose non seulement pour les médecins, mais surtout pour les malades et leurs familles.

M. QUENEAU. - Je suis très heureux de cette journée car je sais qu'elle sera suivie d'une écoute et de mesures qui, je l'espère,



permettront de renforcer l'effort des pionniers. Vous en avez un certain nombre ici sur le plan de la lutte contre la douleur qui réclament des soins palliatifs de qualité. Sur le plan pédagogique, ce n'est pas facile, encore une fois, tout ce qui pourra être proposé nous aidera beaucoup.

Cela se résume en trois points. Il faut que tous les médecins soient des praticiens de la douleur, les généralistes, les spécialistes, les médecins hospitaliers, qu'il n'y ait pas un clivage entre l'hôpital et la médecine libérale. Il faut un et qu'il y ait enseignement pour tous.

Il y a une spécialisation, qui n'est peut-être pas une spécialité comme la cardiologie, la rhumatologie, enseignées par le canal des diplômes inter-universités au nombre de 9 en France. Ces 9 neuf diplômes couvrent à peu près toutes les régions. Les premiers sont parisiens ou bordelais, le plus récent a été créé, coordonné par la faculté de Saint-Etienne, sur la région Rhône-Alpes-Auvergne. Cela touche deux grandes régions administratives. Il y a là pour les anesthésistes, les neurologues, les oncologues, les rhumatologues, etc, qui souhaitent s'investir et aller plus loin, une formation de qualité sur deux ans avec beaucoup de stages pratiques.

En formation continue, on ne va pas faire un débat sur le caractère d'obligation morale, mais j'aimerais qu'il y ait, Mesdames et Messieurs les Sénateurs, des incitations fortes et une reconnaissance des médecins suivant une formation continue de qualité. Beaucoup de groupes travaillent pour la formation continue sur la douleur. Sur le terrain, tout ce qui pourra être fait pour l'encourager et pour lui donner un statut sera le bienvenu.

M. DELGA. - Actuellement, nous raisonnons beaucoup en termes de soins palliatifs, je suis d'accord. Je suis médecin de campagne. Dans la région de Castres, les soins palliatifs existent depuis des années. Le problème se pose certainement pour les milieux ruraux où se trouvent 20 % de la population.

On peut se demander comment vont se faire les soins palliatifs à domicile, car l'on sait très bien que lorsque l'on transporte quelqu'un hors de son domicile, l'impact sur son état physique est important. Comment allez-vous organiser tout cela ?

M. NEUWIRTH. - On revient à la grande question que je posais tout à l'heure sur la diversité de notre pays et le milieu rural.

M. BRASSEUR. - Nous ne sommes pas le seul pays rural en Europe, des modèles existent dans d'autres pays. Nous pouvons nous inspirer de ceux créés en Grande-Bretagne, au Danemark, en Suède. Chacun doit être libre de faire comme il l'entend, mais de toute

évidence, localement, il faudra s'adapter, car ce qui est bon pour le département du Nord ne le sera pas forcément pour le département des Hautes-Alpes. Les centres régionaux de références pourront tenir compte de cette spécificité locale.

**M. NEUWIRTH.** - Vous venez de confirmer un point de vue que je faisais valoir tout à l'heure sur l'une des pistes évoquées.

Pour quelques minutes seulement, et je m'en excuse auprès de lui car nos deux intervenants suivants sont là, je donne la parole au docteur Serrie.

**M. SERRIE.** - J'exerce mes fonctions au département de diagnostics et traitements de l'hôpital Lariboisière.

Merci de me laisser l'occasion de vous exposer quelques éléments de réflexion pour rapprocher les problèmes que pose la prise en charge des malades du sida avec la reconnaissance des structures existantes.

En effet, les centres de la douleur, et ceci est fondé sur la pratique de terrain, ne prennent pas en charge toutes les douleurs. On a parlé des douleurs de l'infarctus du myocarde tout à l'heure, ce n'est pas le problème de ces centres. On ne prend en charge que les douleurs chroniques qui persistent dans le temps, au-delà de 3 mois, tous les médecins traitants sont à même de traiter la plupart d'entre elles, les douleurs rebelles aux autres thérapeutiques. Il me semble important de le dire.

En France, ces structures connaissent une explosion, mais il n'y a pas de label de qualité. En effet, en exagérant un peu la terminologie, on pourrait dire qu'il y a une "tromperie" vis-à-vis du malade car il ne sait pas s'il arrive dans un département douleur comme, par exemple, à Lariboisière, où nous voyons 5 000 malades par an, ou s'il arrive dans un département douleur avec des médecins qui ne sont pas forcément des spécialistes n'ayant pas reçu de formation pratique sur la douleur.

Il convient donc qu'il y ait une reconnaissance des structures et des labels de qualité.

On a beaucoup parlé du cancer, mais le sida semble, à l'heure actuelle, présenter des douleurs plus importantes que le cancer du point de vue du nombre, et plus rebelles aux différentes thérapeutiques.

Or, si l'on prend les données prospectives de l'OMS, en 2015, il est prévu 110 millions de cas de sida stade IV déclaré et plus de 10 millions de morts.

Là encore, nous savons que 80 % des malades stade IV déclaré présentent des douleurs incoercibles, nous serons donc confrontés, dans les centres de la douleur, à une nouvelle donne. Il faudra vraisemblablement définir des structures et des labels de qualité car il y aura à nouveau une explosion de ce type de structures.

Monsieur Neuwirth a proposé tout à l'heure l'inscription d'un bilan de projet médical d'unité. C'est une mesure qui permettra de coordonner et de proportionner les réponses aux données que nous ne mesurons pas encore : l'explosion du sida.

**M. NEUWIRTH.** - Je vous remercie.

Nous allons maintenant entendre le docteur Annie Gauvain-Piquard, psychiatre et pédiatre à l'Institut Gustave Roussy.

Madame, j'ai lu votre livre sur la douleur de l'enfant, certains passages m'ont beaucoup ému, c'est le moins que l'on puisse dire.

**Mme GAUVAIN-PIQUARD.** - Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Sénateurs,

Permettez-moi d'ouvrir ce bref exposé par le récit d'une anecdote bien ordinaire survenue avant-hier. Il s'agit de l'appel téléphonique d'un médecin responsable d'un service de soins à domicile en France, me disant son embarras devant le cas d'un bébé de 8 mois venant de sortir d'un hôpital pédiatrique où il avait été hospitalisé pour une brûlure étendue, une histoire de bol de lait chaud renversé. Des soins locaux journaliers sont nécessaires, mais aucune prescription d'antalgique n'a été faite par le service hospitalier. De plus, le médecin responsable de cet enfant, joint par mon interlocuteur, est opposé à l'emploi de la morphine à domicile chez un bébé. Comment éviter à ce petit la très vive douleur qu'engendre le pansement d'une brûlure grave ?

Cette anecdote est intéressante car elle illustre bien la situation actuelle de la douleur en France.

D'importants progrès ont été réalisés depuis 10 ans, preuve en est la reconnaissance par ce médecin de la réalité de la douleur engendrée par la brûlure chez un nourrisson. Mais ces progrès incontestables restent bien insuffisants, et nombre de petits endure des douleurs intenses qu'il serait pourtant possible de soulager. Or, l'analgésie en pédiatrie rencontre de nombreux obstacles.





(2) MM. René Monory, Président du Sénat (au centre), Jean-Pierre Fourcade, Président de la Commission des Affaires sociales (à droite), Lucien Neuwirth, Président du Groupe d'études sur la douleur (à gauche).



(3) (de gauche à droite) MM. Jean-Marie Besson, Directeur de l'unité de physiopharmacologie de l'INSERM et Patrice Queneau, Doyen de la Faculté de médecine de Saint-Étienne, Président du Conseil scientifique et pédagogique du centre national des concours d'internat.



(4) M. le Professeur Maurice Tubiana et Mme Annie Gauvain-Piquard, psychiatre.



(5) M. Philippe Douste-Blazy, Ministre délégué à la santé.



Le premier de ces obstacles est humain : c'est le défaut de prise de conscience de la part des partenaires du soin de l'enfant, de son aptitude à percevoir la douleur et à en souffrir.

Rappelons que les preuves scientifiques de cette aptitude ne datent guère que de 1987 ! Auparavant, en leur absence, le parti avait été pris de considérer le nourrisson comme protégé de la douleur par son immaturité.

Cette aptitude maintenant reconnue, il semble logique de préconiser que l'enfant, quel que soit son âge, soit protégé de la douleur dans des situations telles qu'une intervention chirurgicale. Or, encore aujourd'hui, les opposants à l'emploi des morphiniques durant une intervention chirurgicale chez un bébé restent nombreux en France, malgré les preuves de leur nécessité et de leur innocuité. Depuis 1987, aucune recommandation officielle n'est venue condamner des pratiques qui, ici ou là, font opérer des bébés sans analgésiques.

Si la nécessité de protéger les enfants de la douleur lors d'une intervention chirurgicale n'est pas unanimement admise aujourd'hui par la communauté médicale, encore moins l'est la nécessité de le soulager après l'opération, ou après un traumatisme, ou lors d'une maladie douloureuse.

L'évolution des mentalités ne pourra être obtenue que grâce à un enseignement donné tôt dans les études, et faisant de la douleur un objet de réflexion et de connaissance, en somme, l'objet d'un savoir transmissible. Je n'approfondirai pas davantage ce point, déjà abordé tout à l'heure par le Professeur Queneau, mais particulièrement important dans le champ pédiatrique.

Le deuxième obstacle à la prise en compte de la douleur de l'enfant vient du fait que le médecin doit fréquemment se mettre hors la loi. Entre l'absence de formes pédiatriques des antalgiques de palier II, et les AMM inadéquates de certains autres qui préconisent des dosages connus maintenant pour être insuffisants, le pédiatre est sans cesse contraint à déconditionner les médicaments, ou à prescrire hors AMM, à ses risques et périls, voire à ceux de ses petits patients, quand il s'agit de molécules non étudiées chez les tout-petits.

Voilà des conditions peu incitatives ! Auxquelles il faut ajouter les difficultés inhérentes aux prescriptions des morphiniques, y compris en intra-hospitalier, où l'obtention d'une dose de morphine s'apparente parfois à un jeu de piste, particulièrement le week-end. C'est ainsi que le groupe de travail sur la prise en charge de la douleur aux urgences pédiatriques, présidé par le Professeur Dommergues,



bute-t-il sur le problème de l'indisponibilité des morphiniques dans les lieux de l'urgence.

Le fait que de nombreux antalgiques n'aient pas d'AMM pour le petit enfant traduit la crainte des firmes pharmaceutiques de se lancer dans des investissements qu'ils ne croient pas pouvoir rentabiliser. Cette situation, très dommageable, risque, en l'absence d'une incitation des Pouvoirs Publics, de ne pas trouver d'issue dans un avenir proche.

Un troisième obstacle au traitement adéquat de la douleur de l'enfant est la pauvreté de notre savoir. De très nombreuses études restent à mener tant pour définir comment évaluer avec certitude l'intensité de la douleur chez les petits que pour mieux connaître les réactions de leur organisme aux médicaments et pour mettre au point les protocoles thérapeutiques. Mises à part les douleurs post-opératoires et les douleurs malignes, dont le traitement est bien codifié, peu de pathologies ont donné lieu à des recommandations précises concernant le traitement des douleurs qu'elles engendrent. Nul ne sait quoi préconiser pour la douleur de l'otite, ni pour celle de l'arthrite chronique évolutive, et encore moins pour le sida. Au fond, nous sommes dans la position de chefs d'orchestre ayant à notre disposition de nombreux instruments que nous ne savons ni trop manier, ni mettre ensemble.

Or, à la pauvreté de notre savoir, répond la rareté des études cliniques. Les chercheurs et les praticiens ne se rencontrent que peu, et quand la nécessité d'une recherche émerge, les cliniciens ne savent vers qui se tourner. C'est le cas, par exemple, de plusieurs services de néo-natalogie dont l'équipe infirmière a établi un score de douleur, et qui, privés de moyens logistiques, ne peuvent poursuivre les travaux de validation de leur outil d'évaluation.

Pour tenter de résoudre cette difficulté, des structures de recherche spécialisées dans la douleur de l'enfant devraient se créer dans les années qui viennent. Celles-ci pourraient prendre la forme de réseaux permettant la collaboration d'unités de recherche et de services hospitaliers.

Un quatrième obstacle est l'insuffisance de certains équipements, tels les salles de réveils, nécessaires pour la surveillance des anesthésies avec analgésies, ou bien des pompes qui permettent de délivrer les antalgiques dans les meilleures conditions d'adaptation de doses et donc d'efficacité. A titre d'exemple, aux Etats-Unis, un hôpital pédiatrique de 300 lits possède 20 pompes, tandis que nous estimons à 50 seulement le nombre de pompes actuellement disponibles en France pour l'analgésie pédiatrique.

Mais à l'évidence, cette insuffisance d'équipement est relativement de faible poids actuellement dans les difficultés rencontrées.

Enfin, l'obstacle majeur est la pauvreté des moyens humains. Moins de 30 médecins travaillent actuellement sur la douleur de l'enfant en France, et parmi eux, moins de 5 sont rémunérés pour cela. Les autres le font en sus de leur travail normal. Concernant le secteur soin, nous ne connaissons que 3 infirmières ayant explicitement pour tâche l'organisation des soins infirmiers pour le traitement de la douleur en pédiatrie. Il serait illusoire de penser qu'avec de si faibles effectifs, l'insuffisance du traitement de la douleur de l'enfant puisse se réduire dans des délais très courts.

Certes, le traitement de la douleur est l'affaire de tout praticien et de toute infirmière. Mais outre qu'il existe des situations cliniques authentiquement difficiles, pour lesquelles un recours à un spécialiste est nécessaire, impulser de nouvelles manières de faire, établir des protocoles faisant consensus, et mener des recherches ne peut être que le fait d'équipes spécialisées, situées en interface entre la douleur de l'adulte, et le monde, bien différent, de la pédiatrie.

Ces équipes devraient être multidisciplinaires, et fonctionner comme prestataires de services au sein de chaque hôpital pédiatrique. En revanche, il ne semble pas nécessaire, en pédiatrie, d'ouvrir des lits spécifiques à la douleur, celle-ci étant pratiquement toujours liée à une maladie nécessitant la poursuite du suivi pédiatrique.

Comme vous le voyez, les obstacles sont nombreux, et, avec les moyens actuels, il serait illusoire d'espérer des progrès beaucoup plus rapides que ceux d'aujourd'hui. Il n'est pas venu le temps où nous pourrions promettre aux enfants une médecine qui les protège des plus grandes douleurs. Sauf, peut-être, si vous en décidez autrement.

M. NEUWIRTH. - Je vous remercie.

Y a-t-il des questions ?

M. HAMMANN. - Comment peut-on soigner la douleur d'un bébé quand il ne s'exprime pas, on ne peut pas deviner le siège de la douleur ?

Mme GAUVAIN-PIQUARD. - C'est actuellement le sujet de nombreuses études, mais grâce à une observation particulièrement orientée, il est possible pratiquement dans la totalité des cas, non seulement de déduire où est le siège de la douleur, mais aussi quelle en est l'intensité qui va nous guider dans l'indication thérapeutique.

C'est l'affaire d'une observation patiente. Tous les services de néo-natalogie y sont habitués, de fait, ce n'est pas un changement radical. En revanche, il paraît encore nécessaire de travailler la qualité des scores qui reposent sur l'analyse du comportement et qui doivent nous aider à préciser, dans l'avenir, l'évaluation de la douleur.

M. NEUWIRTH. - Je vous ai dit que votre livre m'avait beaucoup ému, mais ce que je viens d'entendre ne me calme pas davantage.

M. HURIET. - Je partage votre émotion, Monsieur le Président. Je n'ai pas encore lu votre ouvrage, Madame, mais j'imagine qu'il fera partie des ouvrages de référence pour les membres de notre groupe de travail, néanmoins, on peut peut-être tempérer l'approche, l'analyse pessimiste et inquiétante que vous faites.

J'aimerais que vous précisiez quelles sont les institutions et dans quel cadre les moins de 30 médecins travaillent sur la douleur de l'enfant, -dont moins de 5 sont rémunérés pour cela-. Vous évoquez également le fait que 3 infirmières seulement ont pour tâche l'organisation des soins infirmiers.

J'imagine que tous les médecins-pédiatres sont amenés à réfléchir sur la douleur de l'enfant et au moyen d'y apporter une réponse. A quoi correspondent ces 30 médecins ? Cela signifie-t-il que les autres médecins-pédiatres ne travaillent pas sur la douleur de l'enfant ?

Mme GAUVAIN-PIQUARD. - J'espère que non. J'appelle "travailler sur la douleur de l'enfant", travailler à l'amélioration de la prise en charge, pas simplement dans une application au quotidien. Mais rien que de mettre en place, dans un service de chirurgie pédiatrique, des protocoles d'analgésies systématiques en post-opératoire, est un travail dans le sens de l'application d'une analgésie à l'enfant.

On peut dire aujourd'hui que ces pratiques sont de qualité très variable d'un établissement à l'autre. Quand je parle de ces 30 médecins, on peut considérer que 25 sont des anesthésistes, les autres sont soit pédiatres ou psychiatres. Les rémunérations spécifiques sont, dans le cadre de consultations d'analgésies pédiatriques, accordées à 4 ou 5 personnes en France. C'est dans ce cadre-là que je parle de rémunérations spécifiques, c'est-à-dire que dans la définition de la fonction du médecin est décrite l'amélioration du traitement antalgique de l'enfant.

**M. HURIET.** - Cela ne veut pas dire que les autres ne s'y intéressent pas.

**Mme GAUVAIN-PIQUARD.** - Je le souhaite.

**M. HAMMANN.** - Vous dites Madame, que "le pédiatre est sans cesse contraint à déconditionner les médicaments, ou à prescrire hors AMM, à ses risques et périls, voire à ceux de ses petits patients". Comment voulez-vous que l'on pratique, notamment quand on s'expose à des attaques en justice ? Nous savons tous que dans d'autres pays, cela est devenu monnaie courante. Au moindre incident, on attaque en justice le médecin, l'hôpital, etc. Demain, ce sera la même chose ici. Est-à dire qu'il n'y a plus de possibilité d'intervention ?

**Mme GAUVAIN-PIQUARD.** - Sauf à rendre adéquates les formulations pédiatriques pour les enfants, ce qui permettrait une utilisation des antalgiques sans avoir à être hors la loi.

**M. NEUWIRTH.** - C'est le problème que l'on a abordé tout à l'heure sur lequel nous reviendrons dans nos études sur les carnets à souches et tout ce qui environne le problème des ordonnances.

**M. QUENEAU.** - J'ai apprécié votre intervention, Madame.

Sur le point précis des formes pédiatriques, je demande à cette honorable assemblée de prendre en compte ce problème. C'est une situation où la rentabilité n'est pas évidente. Je ne veux pas rentrer dans un tel débat, mais l'on sait très bien que les enfants peuvent bénéficier de tel ou tel médicament à forme pédiatrique. Ces dernières peuvent-elles être encouragées, d'une façon ou d'une autre, au niveau des AMM ou au niveau de certains remboursements ? Peut-on faciliter ces remboursements pour les firmes qui font un effort particulier ?

**M. DELGA.** - Je suis médecin de campagne, je voudrais vous faire part de mon étonnement, Madame, lorsque vous dites que l'on ne sait pas quoi préconiser pour soulager la douleur provoquée par une otite. Il m'arrive fréquemment d'être réveillé à 3 heures du matin par une maman affolée par les pleurs de son enfant. Très souvent, il s'agit d'une otite aiguë. La première chose à faire est de calmer l'enfant. Des prescriptions à dose nourrisson existent. Elles vont calmer et faire tomber la température. On peut même prescrire de l'aspirine sous forme de suppositoires. Il me semble que vous avez exagéré votre propos.

**Mme GAUVAIN-PIQUARD.** - Il est vrai que l'on donne très souvent des antalgiques de valium pour une otite, mais il est vrai

aussi, à une époque où l'on diminue la quantité de para-synthèses, qu'il existe un certain pourcentage d'otites qui ne sont pas du ressort du valium. Se pose donc la question de l'utilisation d'un médicament plus fort pour ces douleurs difficilement supportables par les nourrissons.

**M. QUENEAU.** - Je suis tout à fait d'accord. Il faut qu'il y ait des formes pédiatriques, notamment de niveau 2.

**M. NEUWIRTH.** - Nous enregistrons peu de questions car c'est un problème qui nous laisse sans voix, cela ne veut pas dire que dans notre groupe de travail, au contraire, nous ne regarderons pas de très près cet aspect.

Le rôle de notre groupe de travail, aujourd'hui, est de recueillir toutes les informations pour ensuite essayer de reconstituer ce puzzle de pièces dispersées tournant autour du traitement de la douleur et avoir une vision cohérente du problème afin d'arriver à faire des propositions, d'ordre législatif, réglementaire ou administratif aux différentes administrations de la santé.

S'il n'y a pas d'autres questions, je vais passer la parole au professeur Tubiana.

**M. TUBIANA.** - Mesdames et Messieurs les Sénateurs, il est vraisemblable que je vais répéter beaucoup de points déjà dits ce matin.

Environ deux tiers des cancéreux souffrent à un moment quelconque de leur maladie. Quand on sait qu'il y a en France environ 200 000 nouveaux cancéreux par an et qu'un certain nombre d'entre eux vivent très longtemps, cela représente un potentiel de l'ordre du million de personnes par an en France parmi ceux qui viennent d'avoir un cancer.

Les deux tiers souffrent à un moment quelconque de l'évolution de la maladie. On estime que pour environ la moitié d'entre eux, la douleur est traitée correctement, pour l'autre moitié, aucun traitement rationnel de la douleur n'est entrepris.

Beaucoup de ceux-là, qui pourraient être soulagés, ne le sont pas.

C'est un problème qui, quantitativement, est très important et qui, malheureusement, a été très longtemps sous-estimé en France. Il est d'autant plus grave qu'il faut penser que le cancer va s'accroître au cours des années qui viennent, pour une raison très simple : le vieillissement de la population.

Le cancer est une maladie qui frappe surtout après 45 ans, il est d'autant plus fréquent que l'on avance en âge. Les projections actuelles donnent à penser que plus d'un français sur trois aura un cancer au cours de son existence et que le nombre annuel de nouveaux cancers va augmenter d'au moins 15 % au cours des quinze années à venir, simplement en fonction de l'âge de la population, et en supposant, qu'à âge constant, la fréquence est à peu près constante.

Contrairement à ce que l'on dit, on ne note pas d'augmentation de la fréquence des cancers en France pour des sujets de même âge, mais comme la population vit de plus en plus longtemps, il est normal qu'il y ait de plus en plus de cancers.

Face à l'étendue du problème, il faut bien reconnaître que la lutte contre la douleur s'est heurtée à de nombreux obstacles, ce qui explique les insuffisances actuelles. Parmi celles-ci, je n'en donnerai qu'un seul exemple : celui de l'insuffisance de la consommation de morphine en France.

La France est un des pays industrialisés qui, par tête d'habitant, consomme le moins de morphine.

On peut se demander pourquoi. En venant ici, j'ai essayé d'y réfléchir. Trois ordres au moins de réponses sont possibles.

La première est une réponse culturelle et socio-psychologique qui remonte au Moyen-Age. Vous savez que longtemps la maladie a été considérée comme un châtiment, une punition divine. A tel point que dans les textes des grands auteurs du Moyen-Age, on retrouve l'idée que quand quelqu'un est malade, c'est que Dieu a voulu lui signifier son mécontentement et qu'il ne convient pas de s'opposer à la volonté divine.

Un auteur qui a eu une très grande influence sur la pensée médiévale disait : "La douleur conduit à la rédemption". C'est parce que l'on souffre que l'on élève son âme, et en élevant son âme, on rencontre Dieu.

La douleur est donc une source de richesse pour l'individu.

Cette idée est une idée médiévale. Mais il est extraordinaire de voir qu'elle subsiste. En discutant avec les étudiants en médecine pendant les 50 ans que j'ai enseigné, j'ai retrouvé cette idée qui reste constante : pourquoi lutter contre la douleur ? A la rigueur, on veut bien accepter de donner de l'aspirine, mais dès qu'il s'agit de donner des médicaments un peu plus actifs, on observe un certain recul.

Je vais vous raconter une petite anecdote qu'Annie Gauvain-Piquard connaît bien. Elle s'est passée à l'Institut Gustave Roussy il y a une quinzaine d'années quand j'en étais le directeur. J'avais proposé la création d'une consultation de la douleur et donc du recrutement d'un médecin. Nous avons présenté ce projet au comité médical consultatif.

J'ai défendu le projet, un vote a eu lieu. A 80 %, le projet a été refusé prétextant que l'on savait bien que la douleur était quelque chose d'important et que nous étions tous capables de la traiter, dans ces conditions, pourquoi fallait-il recruter spécialement un médecin pour la traiter ? De plus, il existait bien d'autres besoins dans d'autres domaines, cela ne constituait donc pas une priorité.

Les prérogatives d'un directeur permettent de passer outre le vote du comité consultatif. Le poste a donc été créé. Quatre ans après, le poste venant à renouvellement, la question est à nouveau venue devant le comité consultatif médical. Cette fois, ce renouvellement a fait l'unanimité. En quatre ans, le médecin nommé à ce poste avait fait la preuve de l'utilité de sa fonction. Il avait démontré dans les faits qu'il était capable de faire cesser de souffrir des malades pour lesquels aucun médecin, préoccupé par d'innombrables tâches, n'avait pu consacrer le temps nécessaire.

Quand le moment fut venu de créer le poste d'Annie Gauvain-Piquard, il y a eu à nouveau unanimité pour le créer. Les esprits étaient convaincus de l'utilité de cette fonction de lutte contre la douleur.

Le troisième facteur qui handicape la lutte contre la douleur en France, est qu'elle n'est pas considérée comme un aspect noble de la médecine. L'aspect noble de la médecine, c'est guérir, par exemple, un cancer, ou de prolonger très notablement la vie.

Le soin palliatif, la douleur, n'est pas ce qui, intellectuellement, paraît le plus stimulant. Quand on propose à un comité un nouveau traitement issu des progrès de biologie moléculaire, on suscite un intérêt énorme ; quand on parle du traitement de la douleur, l'intérêt est bien plus médiocre. J'en ai eu la preuve ce matin encore. Je sors d'une réunion où nous discutons des sujets à prévoir dans le cadre de l'action des communautés européennes sur les grands thèmes de la biologie et de la médecine pour les 5 ans à venir. Quand j'ai proposé la douleur, il y a eu un étonnement aimable, mais très septique de mes collègues.

On retrouve ce même sentiment dans toutes les assemblées, notamment parmi les sociétés pharmaceutiques. Il est certain que lorsque l'on propose un nouveau traitement de

l'hypertension artérielle, ou même de l'ulcère de l'estomac, nous avons beaucoup plus de succès que si l'on propose un nouveau traitement de la douleur.

Il faut accomplir des progrès psycho-sociologique et une éducation, non seulement du comité médical, mais de l'ensemble des Français pour apprendre que la douleur n'est pas une nécessité, qu'on peut l'éviter, et que l'on peut lutter contre elle. Et que, ce faisant, en donnant de la morphine à des gens, on ne va pas les rendre morphinomanes. C'est la grande obsession.

Que peut-on faire en dehors de cette formation très générale ?

Comme le dit le Professeur Queneau, il faut former les médecins. Cette formation doit s'exercer à trois niveaux différents.

Le premier niveau, est celui du curriculum, du cursus des étudiants en médecine. Il y a en France, vous le savez bien, une sacro sainte autonomie des CHU. On ne peut pas, par texte réglementaire, dire à chacun des doyens ce qu'il doit faire dans sa faculté. Toutefois, on peut attirer leur attention, ils y sont quelquefois très sensibles, sur certains problèmes. La lutte contre la douleur devrait en faire partie.

Le deuxième problème est celui de la formation des spécialistes. C'est très important. Trop souvent, on croit qu'il suffit d'une petite formation, très superficielle, pour devenir un grand spécialiste de la douleur. De nombreux médecins m'ont écrit pendant les 15 années où j'ai eu la responsabilité de Villejuif me faisant part de leur souhait de venir passer 8 jours pour devenir des spécialistes de la lutte contre la douleur. Ils s'imaginaient qu'en 8 jours, ils allaient apprendre les 4 ou 5 petites recettes avec lesquelles ils pourraient lutter contre la douleur. Lorsque nous leur propositions un stage de 6 mois, ils trouvaient cela bien long.

La formation des spécialistes est un domaine auquel nous devons accorder toute notre attention.

Le troisième fait, c'est la formation continue. Il faut profiter de cette formation pour essayer de donner à tous les médecins, et en particulier aux généralistes, une idée de ce qu'est la lutte contre la douleur.

Je sais bien ce que l'on va me dire, à savoir que seuls environ 20 % des médecins français suivent la formation continue. C'est un drame. S'il se trouve un seul problème de la médecine sur lequel il faut insister, c'est celui du manque de formation continue en France.



J'ai 74 ans, j'ai commencé mes études de médecine en 1936, il aurait très bien pu se faire que depuis 1946, année où j'ai passé ma thèse, je ne sois plus jamais retourné dans une faculté ou dans un hôpital.

Qu'est-ce que quelqu'un ayant passé sa thèse en 1946, ou même en 1960, sait de la médecine moderne ? Pratiquement rien.

La formation continue est quelque chose d'indispensable. Cela nécessite une carotte et un bâton. Je n'ai jamais connu, dans l'histoire du monde, d'autres outils pour faire travailler les gens que la carotte et le bâton. Si on refuse à la fois la carotte et le bâton, on arrive à la situation actuelle, c'est-à-dire pas de formation continue.

C'est un drame pour l'ensemble du corps médical français. Je suis très heureux d'avoir cette possibilité de le dire publiquement.

La formation continue est l'axe de la formation médicale. Les connaissances se renouvellent à une très grande rapidité. Il faudrait, dans cette formation continue, donner à tout le monde au moins une idée des cas pour lesquels le recours à un spécialiste de la douleur est indispensable.

Comment organiser sur le plan hospitalier et dans la pratique libérale la lutte contre la douleur ?

Il y a deux situations extrêmement différentes qu'il faut bien voir.

La première est celle des grands établissements avec un large volant de malades, les centres anticancéreux, comme Gustave Roussy, Curie. Le nombre de malades y est tel qu'il faut une ou plusieurs consultations de la douleur avec des médecins spécialisés dans ce domaine.

Toutefois, 70 % environ des cancéreux ne sont pas traités dans les grands centres de traitement du cancer, mais dans les CHU, dans les hôpitaux généraux ou dans la pratique libérale.

Pour ceux-là, l'idée exprimée par le docteur Brasseur tout à l'heure d'équipes mobiles, ou de consultations de médecins spécialisés allant consulter à tour de rôle dans une série d'hôpitaux, est excellente.

La lutte contre la douleur nécessite relativement peu de matériels. Annie Gauvain-Piquard parlait très justement tout à l'heure des pompes. Ce n'est pas très coûteux et c'est le genre de matériel que chaque hôpital peut s'offrir.

Alors que dans certaines disciplines, le problème de l'infrastructure matérielle est essentielle, dans le cas de la douleur, c'est quelque chose de tout à fait secondaire. Ce qui compte, ce sont les hommes. On ne le dira jamais assez. Si l'on veut lutter contre la douleur, il faut former des médecins capables de savoir dans quel cas, il faut recourir à ces spécialistes.

C'est l'axe essentiel de la question. La meilleure façon d'y arriver, c'est que dans les hôpitaux ayant une certaine dimension, on sache que le lundi matin ou le vendredi après-midi, existe une consultation de la douleur, et que le médecin peut y accompagner un malade et en profiter pour discuter avec le spécialiste de la douleur. Très vite, l'osmose se fera.

Dernier point sur lequel je voudrais insister : il n'est pas simple, ni pour les soins palliatifs, ni pour la douleur, d'identifier les soins palliatifs. Cela donne immédiatement une connotation de la douleur en phase terminale.

Or, la douleur, c'est bien autre chose que la douleur de la phase terminale. Je ne prendrai qu'un seul exemple : celui de quelqu'un amputé d'une jambe, à la suite d'un accident ou d'un cancer. Beaucoup de ces amputés sont incapables de reprendre une vie normale à cause des épouvantables douleurs qu'ils ressentent dans le membre tendon.

C'est un exemple, mais l'on pourrait en citer d'autres. La douleur constitue en elle-même une spécialité très proche, mais indépendante des soins palliatifs.

Si l'on pouvait sortir de cette réunion avec cette idée simple, ce serait déjà une avancée.

Dernier point sur lequel je voudrais conclure, tout ce que je vous ai dit aboutit inévitablement à des dépenses : dépenses de formation, dépenses pour organiser des consultations, pour recruter des spécialistes. A une époque où la Sécurité Sociale et l'assurance-maladie connaissent des déficits, est-ce raisonnable ?

Je pense que oui, parce que dans d'autres domaines, il existe des dépenses inutiles, superfétatoires, ne serait-ce qu'avec les 15 ou 20 000 lits inutiles qui restent ouverts en France, et souvent à cause de la pression des hommes politiques locaux. Il faut avoir le courage de le reconnaître. La grande origine du déficit de la Sécurité Sociale vient des hommes politiques qui s'opposent à la fermeture d'hôpitaux ou de lits dans les petites villes parce que l'hôpital est le principal employeur public.

Si on avait le courage de regarder en France l'état des dépenses hospitalières et extra-hospitalières, on s'apercevrait que la lutte contre la douleur est une goutte d'eau par rapport aux économies potentielles que l'on pourrait faire avec un peu de courage politique.

M. NEUWIRTH. - Je vous remercie. Nous vous avons écouté avec beaucoup d'attention. Quand nous avons mis en place ce groupe d'études, nous savions déjà que le problème n'était pas seulement celui de la douleur, mais qu'il s'imbriquait avec beaucoup d'autres.

Nous allons essayer de mettre en avant un certain nombre de propositions, notamment grâce à ce que nous aurons entendu aujourd'hui.

M. DESCOURS. - Je suis médecin, donc en contact avec nos confrères des hôpitaux. Les hommes politiques, aujourd'hui, sont chargés de tous les maux français. Les médecins hospitaliers sont au moins aussi coupables que les hommes politiques. Expliquer aux CHU qu'il n'y a besoin de d'un service de personnes âgées et pas de trois, que lorsqu'il y a deux services de chirurgie digestive, un seul suffirait, je veux bien que l'on prenne cette responsabilité, mais je souhaite, à la suite de l'expérience qui a été faite en Languedoc-Roussillon sur l'activité des CHU et dans les hôpitaux, que l'on pèse ce qui se fait dans les hôpitaux. On verra si les médecins et les hommes politiques ont le courage de prendre les décisions qui s'imposent pour la fermeture des hôpitaux.

M. TUBIANA. - Je voudrais répondre à mon ami Descours. Dieu sait que j'ai apprécié son aide dans bien des circonstances, je ne voudrais, pour rien au monde, entamer une polémique. Je suis d'accord avec lui sur le fait que les médecins ont beaucoup de responsabilités dans cette affaire. Lorsque l'on dit à un chef de service qu'on va lui fermer son service, il ameut la terre entière.

Quand je suis dans un milieu médical, j'ai un langage différent. J'insiste sur la responsabilité des médecins. Ici, comme j'ai la chance d'être dans un milieu d'hommes politiques, je parle de leurs responsabilités. En réalité, cette responsabilité est très partagée.

J'ai eu l'occasion, récemment, de voir ce qui se passait dans une petite ville de Bretagne où l'on voulait fermer un service. C'est le public lui-même qui venait réclamer le maintien du service. Il était affolé à l'idée de devoir faire 30 km. Il faut expliquer que 30 km à notre époque, ce n'est rien. Il vaut mieux parcourir 30 km pour être soigné dans de bonnes conditions plutôt que d'avoir à sa porte un

hôpital qui ne donnera peut-être pas toutes les garanties. C'est un problème d'éducation.

Il faut que nous y travaillions ensemble, hommes politiques et médecins. Vous êtes bien placés, faisant partie des deux milieux, pour participer à cette information.

M. NEUWIRTH. - Avant de donner la parole à deux sénateurs, je crois qu'il serait de bonne logique d'entendre une dame présidentant une association d'anciens cancéreux qui s'appelle "Vivre Avec".

Mme BOINER. - Je suis atteinte d'un cancer. J'ai créé pendant une chimiothérapie lourde à l'hôpital Léon Bérard, où je suis soignée, l'association "Vivre Avec" qui a 4 ans d'existence. Elle permet, à l'être humain porteur de cette maladie, de vivre sa hospitalisation le mieux possible en lui préservant son patrimoine moral. Mais le moral, on ne peut l'avoir que si l'on ne souffre pas.

J'ai écouté avec beaucoup d'attention et beaucoup d'émotion toutes les interventions de ce matin. Je souhaiterais pouvoir participer, ou que d'autres patients comme moi participent, d'une manière modeste, mais avec authenticité, aux débats et aux décisions que vous prendrez car nous sommes parties prenantes, et hélas, non..., par chance, nous savons.

M. NEUWIRTH. - Notre groupe d'études a déjà auditionné un certain nombre de personnes, je pense que mes collègues seront d'accord pour que l'on auditionne aussi les gens qui sont concernés au premier chef dans le cadre de nos réunions du groupe d'études.

M. FOY. - Nous sommes conscients de l'importance de la formation continue pour les médecins, Monsieur le Professeur Tubiana a fait allusion à la carotte et au bâton, quels pourraient-ils être selon lui ? Un stage obligatoire ou autre ?

M. NEUWIRTH. - En France, il est préférable de trouver autre chose que le mot "obligatoire".

M. TUBIANA. - Je peux vous répondre en donnant l'exemple de pays étrangers. Aux Etats-Unis, on renouvelle le certificat d'autorisation d'exercer la médecine que si l'on peut prouver que chaque année, on a obtenu un certain nombre de points donnés par la formation continue. Si l'on n'atteint pas le nombre de points, au bout de quelques années, on peut vous retirer votre licence.

Dans d'autres pays, on a choisi la carte. Dans le rapport paru à la Documentation française -que peu de gens ont lu- qui nous

avait été demandé par le Président de la République en 1983 sur le système de soins français, nous avons préconisé la carte. La "carotte" que nous préconisions était de reconnaître, comme le demandaient les syndicats de médecins généralistes, un certain coefficient venant honorer les médecins pouvant faire état, pendant 10 ans minimum, d'une assiduité à la formation continue.

En dehors de cela, il n'y a aucune possibilité. Hélas, la plupart des médecins qui ne suivent pas la formation continue ont une bonne raison : ils sont submergés et se demandent comment ils pourraient s'arrêter pendant 1 ou 2 semaines par an pour faire de la formation continue.

M. HURIET. - Je voudrais faire une incidente quant aux économies escomptées des fermetures de lits excédentaires, quelles que soient les responsabilités, j'ai la certitude que si dans un établissement de 100 lits, on fermait 20 lits, on ne ferait pas 20 % d'économies.

Dans votre exposé, vous avez souligné que très vite "l'osmose se fait entre le spécialiste et le soignant", cela me conduit à poser la question concernant la création du poste que vous avez évoqué en guise d'anecdote. Que vous ayez eu du mal à obtenir sa création, d'accord, qu'il vous ait été facile d'obtenir le premier renouvellement, d'accord aussi, mais je suis surpris qu'il y ait eu besoin d'un deuxième renouvellement.

M. TUBIANA. - D'un deuxième poste.

M. HURIET. - Pardon, d'un deuxième poste, si cette osmose se crée, comment se fait-il que l'on ait davantage de besoins ? C'est une question de fond que l'on n'a sans doute pas le temps d'évoquer maintenant, mais l'objectif est qu'il y ait de moins en moins besoin de spécialistes de traitement de la douleur dans la mesure où, dans la formation initiale et continue, les experts sont accessibles et resteront indispensables. Il ne faut pas que ce soit une sorte d'aveu que nos confrères, malgré les efforts qui sont faits, ont quelque peine à être sensibilisés au traitement de la douleur.

M. TUBIANA. - Dans une certaine mesure, oui, mais c'est aussi le fait que les médecins oncologues reconnaissent leurs limites et savent qu'il y a des cas où le recours à un spécialiste est indispensable. Très souvent, ils avaient tendance à négliger ou à traiter des douleurs plus ou moins violentes avec un analgésique banal, maintenant s'ils savent que le docteur untel a bien réussi dans tel cas qu'il lui a été envoyé, pourquoi ne leur enverraient-ils pas tel autre.

C'est ainsi que l'on a vu à Villejuif durant ces 15 dernières années, une inflation du nombre de malades venant aux consultations de la douleur. Cette inflation n'est pas indéfinie, mais elle très nette.

Le poste d'Annie Gauvain-Piquard a été créé car on avait pris conscience que la pédiatrie était un domaine différent, et que le spécialiste de la douleur adulte n'était pas bien placé pour lutter contre celle de l'enfant.

Il ne faut pas se dire qu'il doit suffire d'un médecin ou de deux médecins par CHU ; en réalité, quand les choses fonctionneront, on s'apercevra que les besoins seront plus grands qu'on ne le pense. C'est inévitable si l'on veut lutter contre la douleur.

La France est l'un des pays de la communauté européenne qui attache le moins d'importance à la lutte contre la douleur.

M. DESCOURS. - Je suis désolé de n'avoir pu participer à tous les débats de ce matin, mais il ne faudrait pas lier cancer et traitement de la douleur. Il existe d'autres douleurs.

**La séance est ouverte à 14 h 30,  
sous la présidence de M. Lucien Neuwirth.**

**M. LE PRESIDENT.** - Mesdames et Messieurs, nous allons reprendre notre session. Pour commencer, ainsi que je vous l'ai indiqué tout à l'heure, nous allons avoir le plaisir d'entendre le Professeur Geneviève Barrier, que chacun connaît et dont je rappelle qu'elle est professeur des universités, praticien hospitalier, Chef du département d'anesthésie et de réanimation chirurgicale du groupe hospitalier Necker "enfant malades" et Directeur médical du SAMU de Paris.

Elle va nous entretenir des douleurs pré et post-opératoires, mais bien entendu, elle pourra élargir le sujet. Je lui donne la parole.

**Mme BARRIER.** - Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, je vous remercie de me donner la parole sur un sujet qui me semble plus simple à exposer, sinon à résoudre, que celui de ce matin. Ce matin, on a parlé des douleurs chroniques et je vais vous parler, moi, des douleurs aiguës.

Je voudrais commencer par donner une définition de la douleur, parce qu'il m'est apparu ce matin qu'on parlait de choses extraordinairement diverses et qu'il pouvait y avoir parfois une ambiguïté ou une confusion entre différents types de douleur. Je voudrais donc tout simplement rappeler la définition qui a été donnée par l'Association internationale d'étude de la douleur, car chaque mot a son sens dans l'exposé que je voudrais vous faire : "La douleur est une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes". Donc je voudrais insister sur les deux aspects : sensation désagréable et expérience émotionnelle.

Vous m'avez demandé de traiter d'abord la douleur pré-opératoire. Il y en a en fait plusieurs types et il n'y a donc pas un traitement univoque, comme pour toutes les autres douleurs d'ailleurs. Vous avez d'abord la douleur pré-opératoire, lorsque le malade attend de l'opération elle-même la sédation de sa douleur. C'est le cas des interventions pour arthrose de la hanche ou pour scoliose grave. Donc non seulement cette intervention ne sera pas appréhendée, mais elle est souvent réclamée depuis plusieurs mois. Les malades demandent l'intervention et souffrent avant celle-ci,

mais il n'en souffrent pas moralement dans la mesure où ils attendent la sédation de l'intervention elle-même.

Vous avez ensuite des douleurs programmées (si j'ose dire) préopératoires. Je prendrai comme exemple, l'ayant beaucoup étudié, le déclenchement de l'épreuve du travail chez une femme enceinte dont on ne sait pas au départ si elle aboutira à une césarienne. Nous avons travaillé sur ce sujet il y a déjà une quinzaine d'années, à l'époque où l'analgésie n'était pas encore admise totalement dans cette indication. Nous avons donc fait une étude prospective qui a porté sur un grand nombre de cas concernés premièrement par ce qu'on appelait à l'époque "la préparation à l'accouchement sans douleur", dont la principale caractéristique est qu'il ne calme pas la douleur, malgré son titre, et deuxièmement par l'analgésie péridurale. Nous avons exclu de l'enquête toutes les analgésies péridurales qui n'étaient pas parfaitement réussies et nous n'avions donc gardé que les analgésies péridurales dont la réussite technique était parfaite.

Le lendemain de l'accouchement, une psychologue allait interroger les parturientes pour savoir quel était leur niveau de satisfaction. Il était important que ce soit une psychologue et non pas l'un des médecins anesthésistes ayant participé à l'analgésie. Or à notre stupéfaction, il est apparu que, dans les deux groupes de patientes, il y avait exactement le même pourcentage de patientes insatisfaites : parmi celles du groupe des accouchements sans douleur, il y avait 37 % d'insatisfaites car elles avaient eu mal, et parmi celles qui avaient eu une péridurale et qui n'avaient pas eu mal, il y avait le même pourcentage de mécontentement, parce que dès que la péridurale était installée, tout le monde les abandonnait en partant du principe que l'analgésie était bonne, si bien qu'elles avaient vécu leur épreuve du travail pratiquement seules, qu'elles avaient mal supporté la modification de leur image corporelle, la solitude et l'angoisse de ne pas savoir si elles auraient une césarienne ou non.

Je n'insisterai pas plus sur ce sujet, mais je souhaite simplement revenir sur ce que M. Queneau a très bien dit ce matin : maîtriser une technique d'analgésie n'est pas suffisant pour obtenir la satisfaction du malade, et croire que la technique d'analgésie remplacera la prise en charge psychologique et les autres aspects, en particulier l'aspect émotionnel et l'angoisse du malade, est une erreur. L'analgésie doit être une technique qui aide le médecin et qui ne doit pas être utilisée à sa place.

Enfin, je parlerai (parce que c'est le vrai problème pour moi) de la douleur préopératoire en urgence. En urgence, nous accueillons beaucoup de malades qui souffrent beaucoup. Non seulement ils souffrent, mais il vient de leur arriver quelque chose



d'inopiné et d'imprévu qui bouleverse leur vie, dont ils ne connaissent pas l'avenir et qui les angoisse énormément. J'insisterai donc lourdement sur le fait qu'il faut absolument calmer la douleur préopératoire en urgence, ne serait-ce que pour une seule raison : si on laisse cette douleur envahir le malade, elle va augmenter l'état de choc et avoir des conséquences purement physiques catastrophiques. Il est donc clair qu'il faut calmer toutes les douleurs en urgence.

Mais (car il y a un "mais"), le traitement de cette douleur n'est pas forcément l'analgésie. Le traitement de la douleur d'une fracture du fémur est d'abord la contention de la fracture ; le traitement de la douleur de l'infarctus du myocarde est la thrombolyse, etc.

Par conséquent, Messieurs les Sénateurs - et c'est là que j'attends votre aide - le traitement de la douleur en urgence passe par la compétence clinique. Il faut savoir examiner un malade, savoir pourquoi il souffre et ensuite donner l'analgésie adaptée à son traitement... (*Approbatons dans la salle*).

Dans le rapport que j'ai rendu au Premier ministre (et c'est là que j'attends votre aide) je préconise d'abord, comme l'ont dit M. Queneau et M. Tubiana, une formation initiale, et dans celle-ci, je demande une chose qui me semble simple et qui ne coûtera pas un sou : le fait que dans les trente-six mois d'externat imposés à tous les étudiants en médecine, ceux-ci passent deux mois en anesthésie.

Comme Mme Gauvain-Picard l'a dit ce matin, ce sont les anesthésistes qui, dans l'état actuel des choses, manipulent quotidiennement les analgésiques et traitent la douleur. Si les externes viennent deux mois chez nous, ils apprendront à prendre en charge d'abord les gestes de sécurité immédiate (on leur apprendra à faire un massage cardiaque, à prendre la tension, etc.), mais ils auront aussi quelques vagues notions d'analgésie, puisque c'est dans ces services qu'ils auront le plus de chances d'en voir quotidiennement

J'espère donc que le Sénat appuiera cette demande.

Deuxièmement, je plaide aussi pour la formation continue, car il est insensé de ne pas la rendre obligatoire. M. Tubiana a dit que depuis cinquante ans, on ne connaîtrait pas la médecine moderne sans la formation continue, mais je dirai beaucoup plus simplement que depuis cinq ans, on ne connaîtrait pas la thrombolyse dans l'infarctus, le traitement du sida, le nouveau traitement de l'asthme, c'est-à-dire tout ce qui tue actuellement en urgence, dans l'heure qui suit la prise en charge. Or cela ne coûtera pas un centime, puisque ces semestres d'externat sont faits de toute façon.

Enfin, pour appuyer ce qu'a dit M. Queneau, je dirai qu'il ne faut pas rêver : les étudiants en médecine qui veulent préparer le concours de l'Internat s'intéressent à ce qui est inscrit au programme ; par conséquent, si le traitement de la douleur et la médecine d'urgence ne figurent pas au programme de l'Internat, ils ne l'apprendront pas. Je plaide donc pour ce dossier.

Je passe maintenant à la douleur post-opératoire. Ce matin, Mme Fraysse-Cazalis, cardiologue, demandait que des enquêtes et des études soient réalisées. Il se trouve qu'il en existe une dont je vais vous donner les résultats. Il s'agit d'une enquête réalisée dans mon département par un praticien hospitalier, Chantal Laury, qui a fait son mémoire de santé publique sur la prise en charge de la douleur à l'Assistance Publique de Paris l'année dernière, à partir duquel est sorti un rapport extrêmement intéressant en avril 1994.

En effet, ce rapport a été effectué sur 96 services de chirurgie, soit plus de 500 patients post-opératoires ayant subi des interventions différentes. Si l'on prend en compte le consensus sur les publications concernant l'analgésie faites depuis dix ans dans les revues nationales et internationales comportant l'étude de la pharmacologie, de la posologie, des différentes interventions et des différentes analgésies qui sont adaptées à ces interventions de façon objective, 46 % des patients interrogés, comme on vous l'a dit ce matin, ont ressenti, selon ces critères objectifs, des douleurs fortes ou très fortes.

Cela veut dire que l'analgésie n'a pas été bien adaptée aux interventions qu'avaient subies ces malades ni aux recommandations pharmacologiques des analgésiques utilisés. Voilà les données objectives.

Mais les données subjectives ne sont pas moins intéressantes. En effet, quand, le lendemain, on envoyait quelqu'un non impliqué dans l'analgésie interroger ces malades, 74 % d'entre eux étaient contents. Nous avons donc cherché à approfondir l'analyse. Pourquoi étaient-ils contents ? Pour deux raisons dont l'une est très importante et l'autre un peu moins. La première est qu'à l'Assistance Publique, pratiquement dans tous les départements, il y a des consultations d'anesthésie ; les malades avaient donc été reçus par l'anesthésiste, qui leur avait expliqué ce qui allait se passer, si bien que la partie angoisse de la douleur était diminuée par la consultation. De ce fait, les malades rassérénés s'attendaient à bien pire que la douleur qu'ils ont réellement ressentie. Après ce qu'ils avaient lu dans les journaux et entendu à la télévision, la douleur qu'ils avaient ressentie était inférieure à celle qu'ils craignaient ressentir.

Par conséquent, je crois que le traitement de la douleur post-opératoire commence par une consultation pré-opératoire, car l'angoisse de la douleur est plus vive que la douleur elle-même. Les malades s'attendent à ressentir une douleur épouvantable dans certains domaines alors qu'il s'agit d'interventions peu ou relativement peu douloureuses.

Mais le deuxième point, qui était aussi intéressant, c'est que cette analgésie était mal prescrite. C'est ainsi que, dans la majorité des cas, il y avait une première prescription analgésique qui était tout à fait correcte, mais qui n'était pas renouvelée. Pourquoi n'était-elle pas renouvelée ? Pour des raisons diverses et variées, mais en fait, la douleur n'était pas prise en compte dans sa continuité.

Autrement dit, la moitié des malades qui se plaignaient d'avoir ressenti une douleur l'avaient ressentie environ douze heures après l'intervention, mais dans cette douleur, il n'y avait plus d'angoisse, parce que l'intervention était passée et qu'ils savaient que cela s'était bien passé : seul le phénomène "douleur" jouait et non pas le phénomène "angoisse préopératoire" de la douleur.

En conclusion, je dirai que la prise en charge de la douleur n'est pas bien faite. C'est clair. Mais il faut reconnaître qu'actuellement, la pression du public n'est pas suffisante pour que les hospitaliers (c'est-à-dire les médecins et les infirmières des cliniques privées, des hôpitaux, etc.) prennent ce problème en compte. Quand vous voyez que 74 % des gens disent que, tout compte fait, la prise en charge était bonne et qu'ils étaient assez contents alors qu'objectivement, il n'y en a même pas la moitié qui avaient été pris en compte de façon scientifiquement validée, je ne pense pas que cela suffise pour que les choses changent.

A mon avis, la demande du public doit être modifiée dans plusieurs domaines. Premièrement, toutes les douleurs post-opératoires sont soignées plus ou moins de la même façon. Or il y a des interventions très douloureuses et d'autres qui le sont beaucoup moins, et il convient de s'adapter beaucoup plus au cas par cas, de faire davantage de "sur-mesure" et beaucoup moins de "prêt-à-porter", si j'ose dire, dans le traitement de la douleur.

Deuxièmement, je crois que la consultation préopératoire avec des anesthésistes, quand elle est bien faite, contribue grandement à diminuer la sensation douloureuse et qu'il est essentiel d'insister sur ces consultations préopératoires en programmant l'analgésique post-opératoire au moment de la consultation préopératoire. Il doit y avoir un deal entre l'anesthésiste et le malade.

Troisièmement, il faut une technique ajustée. Nous nous sommes attachés à étudier ce que coûtait l'analgésie auto-contrôlée par le malade. Vous savez en effet qu'on peut donner au malade une petite pompe qui lui permet de s'injecter à la demande les analgésiques dont il ressent le besoin, bien entendu dans des limites de sécurité : on ne lui permet pas de s'injecter des doses de morphine qui pourraient mener à une détresse respiratoire. Or actuellement, la prise en charge de l'analgésie auto-contrôlée par le malade, tout compris, pendant quarante huit heures, revient exactement à 150 F. Voulez-vous me dire ce que représentent 150 F dans le prix de revient total d'une intervention chirurgicale ?

Il est donc moralement anormal que tous les anesthésistes ne soient pas formés à cette technique et que tous les services de chirurgie ou de médecine interventionnelle ne soient pas équipés de ce genre de pompe.

Je pense que l'enseignement de l'analgésie n'est pas suffisamment dispensé et que dans les endroits où il l'est, il doit être rendu obligatoire.

Je finirai par un sujet qui agite beaucoup la presse en ce moment : l'analgésie péridurale dans les maternités, qui est un vrai sujet. Je vous rappelle d'abord que toutes les patientes ne demandent pas d'analgésie péridurale et qu'il est nécessaire d'écouter la demande des parturientes avant de leur administrer systématiquement des méthodes analgésiques qu'elles n'ont pas demandées. A ce propos, j'ai, bon an mal an, deux ou trois expertises juridiques d'accidents graves de péridurales sur des patientes qui n'avaient rien demandé.

Par conséquent, le minimum pour administrer une analgésie est d'avoir entendu la patiente au cours de la grossesse : on a quand même six bons mois devant soi, puisqu'il est rare que les patientes viennent avant le troisième mois. Nous devons entendre ce qu'elles ont à dire, quelles sont leurs craintes et leurs angoisses et ce qu'elles demandent.

L'analgésie péridurale n'est pas le seul mode d'analgésie possible.

Il faut savoir enfin qu'un anesthésiste est indispensable pour pratiquer cet acte. Or, notre récent rapport au Conseil supérieur des hôpitaux montre que l'analgésie péridurale est actuellement pratiquée dans les maternités qui font plus de mille accouchements par an, à moins de mille accouchements par an, il est impossible d'organiser un service d'anesthésie permanent.

On peut donc toujours dire que l'anesthésie péridurale sera remboursée pour tout le monde, mais premièrement, c'est méconnaître les demandes des parturientes (certaines d'entre elles la souhaitent et d'autres ne la souhaitent pas), et deuxièmement, il n'y aura jamais ce type d'analgésie dans des maternités qui font trois cents accouchements par an, car ce serait inorganisable et dangereux. Je trouve donc un peu démagogique d'affirmer que l'on remboursera l'analgésie péridurale dans des endroits qui font deux cents à deux cent cinquante accouchements par an.

Par conséquent, je pense qu'une prise en compte la douleur de l'accouchement est nécessaire, en utilisant toutes les méthodes possibles, mais que si les patientes veulent vraiment une analgésie péridurale, il faut leur conseiller d'aller dans une maternité d'un certain volume où un service d'analgésie est organisé. Il ne faut pas le promettre démagogiquement à tout le monde dans les petites maternités où ce ne sera jamais possible pour des raisons de sécurité.

M. LE PRESIDENT. - Merci. Nous avons bien retenu la demande fondamentale qui correspond exactement à ce que nous pensons, c'est-à-dire à l'importance de la formation initiale : vous avez insisté sur les deux mois en anesthésie.

Quant à la formation continue, vous rejoignez l'opinion du Professeur Tubiana exposée ce matin : entre la carotte et le bâton, il convient de trouver la formulation la mieux adaptée. Ce soir, M. Douste-Blazy et le représentant de M. Fillon. Nous rappelons que les mesures qui seront mises en route vont dans notre sens pour ce qui est de la formation. Cela devrait être un premier pas, mais seulement un premier pas. En effet, la formation continue est essentielle et doit marcher de pair avec la formation initiale.

Il faut donc s'y mettre tout de suite, et j'espère qu'à la rentrée 1995, cette réforme sera acquise.

Avez-vous des questions à poser ? La parole est à M. Descours.

M. DESCOURS. - Merci, Monsieur le Président. J'ai été très intéressé par l'intervention de Mme Barrier (j'allais dire : "comme d'habitude", puisque nous l'avons déjà reçue à la Commission des Affaires sociales en d'autres occasions, notamment à l'occasion du rapport du Professeur Steg sur les urgences), parce qu'elle a bien différencié tout d'abord douleurs aiguës et douleurs chroniques, qui sont à mon avis deux choses tout à fait différentes, et qu'elle a insisté non seulement sur la formation à la prise en charge de la douleur mais sur l'importance de la formation clinique.

J'ai été chirurgien de garde pendant très longtemps, il y a déjà plus de douze ans. Je crains que si on galvaude l'atténuation de la douleur sans prendre des précautions extrêmement fortes sur la formation clinique initiale des praticiens, les appendicites diagnostiquées comme des coliques néphrétiques ne seront opérées qu'au stade de la péritonite ou de l'occlusion intestinale.

Je plaide un peu à contre-courant, puisque tout le monde parle ici de calmer la douleur, mais en tant que chirurgien, je dis qu'il ne faut pas oublier que la douleur aiguë, qui est sans doute une expérience émotionnelle (même s'il s'agit d'une expérience et d'une émotion dont on se passerait), est aussi un signal d'alarme. Les médecins qui sont ici savent bien que les nourrissons qui naissent avec certaines malformations et qui meurent de péritonite appendiculaire n'ont pas de douleur, c'est-à-dire qu'ils ne le manifestent pas.

Cela étant, autant ce que vous dites est tout à fait convenable et normal dans un milieu hospitalier, autant il faut faire attention, lorsque nous disons à nos jeunes confrères qu'il faut calmer les douleurs, notamment aiguës, de ne pas favoriser des traitements qui peuvent masquer des diagnostics et qui pourront avoir des conséquences catastrophiques.

Mme BARRIER. - Monsieur le Sénateur, je suis très heureuse de ce que vous venez de dire, mais vous ne m'avez pas entendue parler de morphine, etc.. Donc évidemment, jamais, dans un SAMU ou en pré-hospitalier, nous aurons des analgésies centrales de ce type. J'ai parlé de contentions dans les fractures et de thrombolyse dans l'infarctus. Il y a des douleurs qui peuvent être calmées instantanément par d'autres mesures que les analgésiques, mais (c'est un grand combat et c'est pourquoi je plaide pour l'éducation clinique des gens qui seront en extra-hospitalier) il n'est évidemment pas question d'utiliser des morphiniques dans les ambulances.

C'est l'une des raisons pour lesquelles j'ai réagi très vivement ce matin, parce que je crois qu'on ne doit prendre aucun risque dans le diagnostic ou le traitement d'un malade uniquement pour calmer un symptôme. Je suis complètement d'accord avec vous.

M. DESCOURS. - Je sais bien que nous sommes d'accord, Madame, mais...

Mme BARRIER. - Il faut garder les symptômes. Il n'en reste pas moins que le fait de conserver les symptômes jusqu'à l'hôpital ne doit pas être une excuse pour ne prendre aucun traitement et aucune mesure antalgique. Or actuellement, on dit trop souvent qu'on ne fait rien parce qu'on ne veut pas modifier la

symptomatologie. Il est possible de prendre plusieurs mesures aptes à beaucoup soulager les malades sans modifier la symptomatologie.

**M. LE PRESIDENT.** - La mise au point est claire pour tout le monde.

**M. DESCOURS.** - Je précise que l'utilisation de la morphine n'est pas le seul moyen.

**M. LE PRESIDENT.** - Bien sûr. Cela a été dit ce matin plusieurs fois.

**Mme MISSOFFE.**- Beaucoup de mes collègues sont médecins et spécialisés dans les problèmes de médecine, alors que je ne suis qu'un patient potentiel. Or depuis ce matin, je suis quand même étonnée par ce que j'entends. En effet, vous avez dit tout à l'heure à juste titre que la formation médicale doit comprendre toutes ces études de la douleur. Pour avoir un petit-fils qui fait sa première année de médecine à 18 ans, je m'aperçois que, naturellement, comme tous les jeunes (nous ferions de même), il fait ce qui est obligatoire, car il est débordé de travail, et non pas ce qui est facultatif. Quand on passe son bac, la gymnastique donne des points ou non, mais si elle ne donne pas de points, on s'en fiche. C'est la vie.

Par conséquent, je pense que si on veut que la douleur soit prise en compte, il faut qu'elle soit notée comme le reste, sans quoi on demande aux hommes ce qu'ils ne sont pas capables de faire.

Par ailleurs, je dirai franchement que j'ai été confrontée au problème de la péridurale, pour la bonne raison que j'ai eu six filles qui ont eu toutes des enfants, ainsi qu'une belle-fille qui a aussi des enfants et que nous en avons parlé. Je ne le dis jamais, parce que cela ne regarde pas le Sénat de savoir que j'ai sept parturientes ou futures parturientes dans ma famille la plus immédiate... (*rires*), mais je suis obligée de reconnaître que j'ai accouché dans la douleur, dans les années d'après-guerre, et que j'ai su ce que c'était. J'aimais trop les enfants et cela ne m'a pas découragée.

Mais quand j'entends leurs conversations (alors que j'ai toujours pensé que la meilleure lutte contre l'avortement était naturellement l'échographie et que la meilleure incitation démographique était de dire que contrairement à la Bible, on n'accoucherait pas dans la douleur), quand je vois les résultats d'un accouchement par péridurale et que je vois le lendemain ce que cela donne (parce que je suis une bonne grand-mère : je vais voir le nouveau) par rapport à ce que j'ai vécu moi-même (il faut savoir ce que peut représenter un accouchement dans la douleur à 20 ans en salle commune : je l'ai vécu et on ne me l'a pas raconté), je me dis : "mon Dieu, ne transgressons pas le progrès, payons un peu plus cher

la Sécurité Sociale et faisons n'importe quoi, mais évitons-leur ce que j'ai connu".

Ayant des gendres médecins, je dis : "mon Dieu, faites n'importe quoi pour qu'on y parvienne", parce que c'est un tel bonheur d'avoir un enfant quand on ne souffre pas que cela vaut tous les progrès, même si certaines jeunes femmes ne le demandent pas, parce qu'il existe encore des milieux en France où l'on veut conserver la souffrance rédemptrice, le "tu accoucheras dans la douleur" biblique, et toutes ces croyances de ma génération auxquelles on n'adhère plus du tout et à qui on donne un sens quand c'est le destin mais qu'on ne va pas rechercher pour le plaisir.

Cela me paraît fondamental, et il faut absolument arriver à ce progrès pour rendre les médecins conscients du problème (c'est l'affaire de la formation) et permettre à ces jeunes femmes de profiter de leur accouchement, si c'est possible et sans danger. Si c'est dangereux, alors soyons prudents, mais si cela ne l'est pas, allons-y des deux mains et des deux pieds, si j'ose dire, puisqu'il s'agit d'accouchement... (*rires*).

M. LE PRESIDENT. - Avant de passer la parole au Professeur Barrier, je ne peux pas résister au plaisir de lire ce que vient d'écrire un très éminent gynécologue (je ne vous donnerai pas son nom pour l'instant ; vous le devinerez ensuite). Il écrit ceci : "La douleur de la femme est constitutive du monde. A travers toute la tradition de la Bible jusqu'aux textes fondateurs de la psychanalyse, sans omettre la mythologie, la femme souffre et il doit en être ainsi pour que s'opère la distinction entre le ciel et la terre, entre le masculin et le féminin, pour que la lyre d'Orphée chante la perte d'Eurydice et qu'apparaisse l'art apaisant les malheurs de l'humanité".

Mme BARRIER. - Qui a écrit cela ?

M. LE PRESIDENT. - Je ne vous le dirai pas... (*rires*).

Mme BARRIER. - Cela doit être Saint-Augustin ou quelqu'un de ce genre...

Madame Missoffe, je suis entièrement d'accord avec vous. Je dis simplement aux jeunes femmes : "faites trente kilomètres pour avoir une péridurale ; n'attendez pas de l'avoir toutes à votre porte. Vous ne l'aurez pas dans de petites maternités qui font deux cents accouchements par an".

Or actuellement, on veut tout avoir : on veut une péridurale en sécurité et l'avoir à côté de chez soi, ce qui n'est pas possible. Donc je crois que le message à faire passer, sachant qu'on



n'accouche pas tous les huit jours (la moyenne des accouchements est de 1,9 ou 2,1), c'est qu'on peut faire deux fois 40 kilomètres dans sa vie pour accoucher sous péridurale. Voilà simplement mon message.

**M. LE PRESIDENT.** - La parole est à M. Delong.

**M. DELONG.** - Monsieur le Président, je suis arrivé ici en bonne santé, et au bout d'une demi-heure à peine, comme mes deux voisins, je suis en train d'évoluer lentement, quoique le mot ne soit pas exact, vers un état d'esprit qui pourrait être celui du malade.

Vous avez posé le problème spécifique de la péridurale, et je précise que je n'ai aucune compétence et que je suis historien par goût. Or il n'y a pas d'histoire de la péridurale jusqu'à présent. Le problème de la péridurale, qui est un problème particulier, pose en fait celui de la souffrance en général. Je ne pense pas me tromper.

La péridurale demande, si j'ai bonne mémoire et si mes lectures ne sont pas inexactes, de la part du médecin anesthésiste, une présence longue auprès de la patiente (lorsqu'il s'agit d'une patiente, car je rappelle quand même que les péridurales peuvent aussi s'appliquer parfois sur des hommes, mes chers collègues...)

**Mme MISSOFFE.** - Bien sûr.

**M. DELONG.** - ...et non pas seulement pour des accouchements... (*rires*). Le Président en est le témoin vivant : il a survécu à une péridurale. On peut donc comprendre que de façon très rationnelle, dans un établissement où l'on procède à un nombre d'accouchements suffisamment important, le médecin anesthésiste puisse consacrer le temps nécessaire à la surveillance du déroulement de cette opération, ce qui n'est pas le cas dans un établissement où le nombre d'interventions est insuffisant. Je pense que c'est ainsi qu'il faut le comprendre.

**Mme BARRIER.** - Non, pas uniquement.

**M. DELONG.** - Mais je voudrais en venir à ma deuxième question, qui est plus vaste et qui est celle de la souffrance.

J'ai été très intéressé par ce que vous avez dit sur la souffrance.

La souffrance est indispensable au médecin pour connaître l'état du malade. Je pense que c'est comme cela que nous avons interprété ce qui a été dit, mais attention : nous sommes tout à fait en dehors du coup. Simplement, nous avons compris que c'était un excellent repère pour surveiller l'évolution d'une maladie et établir un diagnostic... (*désapprobation dans la salle*).

Alors permettez au malade que nous devons être et que nous sommes probablement (puisqu'on sait que toute personne bien portante est un malade qui s'ignore) de dire que ce sentiment de souffrance, nous n'y tenons pas tellement. Quelles que soient les difficultés du médecin ou du clinicien à établir son diagnostic, on veut bien l'aider un peu mais pas trop. Alors je pense qu'entre la rigueur purement médicale qui fait du malade un être qu'on observe, qu'on analyse et je ne dirai pas qu'on dissèque (puisque c'est une opération très postérieure) et le malade qui vient pour ne pas souffrir, il y a peut-être une sorte de *modus vivendi* qui ne donne pas forcément satisfaction aux médecins mais qui ne serait pas complètement au détriment du malade.

M. LE PRESIDENT. - Je veux rassurer notre collègue Delong : après une péridurale, on peut très bien accoucher d'un très bon groupe d'études. C'est ce qui s'est passé.

Mme BARRIER. - Pour répondre à votre première question, Monsieur...

M. DELONG. - C'est une question posée par un innocent.

Mme BARRIER. - ...je dirai que la grossesse n'est pas une maladie et que la femme qui accouche n'est pas une malade. C'est bien là qu'est le problème par rapport à toutes les autres indications de péridurale. Evidemment, on peut faire un long discours sur ce sujet, mais entendons nous bien : je suis une fervente partisane de la sédation de la douleur pendant l'accouchement. Le problème n'est pas de savoir si les femmes qui accouchent doivent souffrir. Le problème est de savoir si une femme bien portante qui accouche ne se retrouve pas malade après l'accouchement. On pourrait développer cette question plus avant, mais je crois que nous n'avons pas le temps.

Quant à votre deuxième question, je dois dire que je n'ai pas bien compris où vous vouliez en venir... (*rires*).

M. DELONG. - Tout simplement à une chose, c'est que nous ne tenons pas du tout à souffrir.

Mme BARRIER. - Nous ne tenons pas à vous faire souffrir non plus... (*rires*).

*Présidence de M. Claude Huriet.*

M. QUENEAU. - Je voudrais dire un mot en écho à ce que disait Charles Descours tout à l'heure, pour rassurer l'honorable assistance s'il en est. Maintenir le symptôme de la douleur est une notion très ancienne qui, comme l'a dit Geneviève Barrier, ne doit pas être une excuse pour ne pas traiter la douleur. En pareil cas, la

douleur peut un peu aider le médecin, au début et dans des cas relativement précis, parce que le "ventre chirurgical" (pardonnez moi pour cette expression, mais c'est ainsi qu'on l'appelle en médecine) fait un peu partie de l'archétype de ces situations. Mais il ne faudrait surtout pas laisser imaginer qu'à partir de là, on va laisser le malade dans sa douleur pour le confort du diagnostic.

**M. LE PRESIDENT.** - Je vous remercie. Je crois que nous devons maintenant avancer, mais M. Delong demande la parole. Je la lui donne s'il ne s'agit vraiment que d'un mot qui n'en appelle pas d'autres.

**M. DELONG.** - Je veux simplement préciser à Mme Barrier que ma réflexion sur la douleur s'adressait beaucoup moins à elle, qui n'avait effectivement pas fait l'apologie de la douleur, qu'à mon honorable collègue Descours qui, lui, s'était livré, en ce qui concerne la douleur, à des commentaires douloureux...

**M. DESCOURS.** - Monsieur le Président, comme j'ai été mis en cause, je souhaite répondre. Cher ami, j'ai calculé un jour que j'avais pris l'équivalent d'environ 3 000 journées de garde. Donc j'ai vu des enfants ou des adultes qui venaient en péritonite appendiculaire parce qu'on n'avait pas diagnostiqué l'appendicite ou qu'on avait fait un diagnostic de coliques néphrétiques. On en était arrivé au stade de la péritonite parce qu'on avait calmé la douleur.

Je ne fais pas l'apologie de la douleur ; je ne suis pas Savonarole et ce n'est pas mon style. Simplement, il faut comprendre que dans la douleur, c'est le corps qui réagit et qu'il ne s'agit pas de masquer la douleur pour masquer le diagnostic. Je rappelle que donner des antibiotiques pour une infection urinaire avant d'avoir fait le diagnostic de l'agent infectieux est une faute médicale. On voit parfois des infarctus qui ne sont pas traités parce qu'on croit que ce sont des ventres chirurgicaux.

**M. LE PRESIDENT.** - Je vous remercie. Je crois qu'il faut arrêter là la discussion, et je vais demander à Mme Barrier de conclure avant de passer aux autres interventions.

**Mme BARRIER.** - Vous me pardonnerez de conclure comme j'ai commencé. Le traitement de la douleur commence par un bon diagnostic et une analgésie adaptée au diagnostic.

**M. LE PRESIDENT.** - Je vous remercie. J'ai le plaisir et l'honneur d'accueillir les trois intervenants suivants, qui sont le Président Glorion, Président du Conseil de l'Ordre des médecins, le Président Parrot, Président du Conseil de l'Ordre des pharmaciens, et

le Professeur Patrick Henry, Président de la Société française de la douleur.

A la suite de l'échange de vues et de l'intervention de Mme Barrier, je voudrais vous poser une question à laquelle vous serez peut-être amenés à apporter une réponse : est-ce qu'au point où nous en sommes de la discussion, nous ne risquons pas de nous orienter peu à peu, en matière de douleur, vers une obligation non plus de moyens mais de résultats ? Est-ce qu'on ne risque pas, dans une société dont on connaît par ailleurs les évolutions et les exigences, d'aboutir, à la suite d'une journée comme celle-ci et d'autres qui lui succéderont, à une sorte de refus de la douleur, en considérant que toute douleur doit avoir sa réponse, et en étant amené par là même à critiquer et à contester ceux qui auront été incapables d'apporter à la douleur la réponse qui convient ?

Je ne veux ni être trop directif, ni vous imposer une réponse à cette question, mais j'imagine que d'autres que moi auront tendance à l'exprimer à un moment donné.

Je donne tout de suite la parole au Président Bernard Glorion.

**M. GLORION.** - Merci beaucoup. Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Sénateurs; vous venez de poser une question fondamentale, compte tenu du retard pris par la France dans le domaine du traitement de la douleur : je pense que nous n'en sommes pas encore à nous poser des questions pour savoir s'il s'agit d'une obligation de résultats ou de moyens. Je répondrai d'emblée et d'une façon assez catégorique que le médecin est là pour soulager et prendre en charge les malades, y compris la douleur, et que nous verrons ensuite quels sont les moyens qu'il faut utiliser.

Etant donné que vous ne m'avez pas donné de thème particulier à développer, je ne sais pas si c'est le chirurgien que je suis ou le Président de l'Ordre national des médecins qui prendra le dessus, compte tenu de la façon dont le débat s'est engagé tout à l'heure à propos des douleurs pré et post-opératoires, mais j'essaierai de classer mes réponses en fonction de mes deux casquettes.

La première chose que j'ai faite a consisté à me demander, compte tenu de mon âge et de mon ancienneté, pourquoi on m'avait appris à mépriser la douleur, ou tout au moins à ne pas la prendre en charge.

La première réponse, c'est que la douleur était un symptôme sacré qui reste le seul et unique symptôme que je connaisse qui soit inquantifiable et inappréciable. En effet, la douleur est ressentie par le patient. Compte tenu des progrès de la science

médicale, nous avons actuellement des paramètres et des techniques qui permettent d'analyser le corps dans sa totalité, et nous pouvons dire qu'il reste peu de secrets en dehors de la douleur.

J'estime donc qu'il y a peut-être quand même un problème dans l'analyse de la douleur, qui a toujours été considérée traditionnellement comme un symptôme. Je voudrais donc tout de suite régler le problème posé par M. Descours et les autres sénateurs qui ont pris la parole. Je crois premièrement que la douleur abdominale ou cardiaque a toujours été un symptôme respectable et qu'effectivement, M. Descours a raison : j'ai aussi connu le temps où on avait trop calmé des douleurs qui avaient abouti à des péritonites. Nous avons maintenant d'autres moyens d'investigation qui permettent de faire des diagnostics précis, et je pense que nous n'aurons plus à connaître les méfaits du passé.

Deuxièmement -et je rejoins Mme Barrier-, j'insiste sur le fait qu'il y a une autre douleur très importante, que je connais particulièrement compte tenu de ma spécialité, et qu'il est indécent de ne pas soulager : la douleur du polytraumatisé ou du traumatisé qui arrive à l'hôpital. Dans ce cas, il n'y a aucune méprise pour le diagnostic ; la première chose à faire est de le calmer. On vient de découvrir cela. C'est vous dire qu'on avait beaucoup de retard.

Ma réflexion sur la douleur est donc la suivante. Il y a tout d'abord la douleur "symptôme", qu'il faut considérer comme un élément du tableau clinique de toute pathologie, qu'il faut respecter et essayer d'analyser, en sachant que celui qui ressent la douleur a un discours qui n'est pas le même que son voisin et qu'il va falloir forcément décoder à travers l'interrogatoire et les réponses qui seront données par le malade.

La deuxième douleur est celle d'une maladie que l'on peut traiter. Je vous donne un parfait exemple : quand il y a une infection douloureuse, le traitement de l'infection fait cesser la douleur ; quand il y a une douleur due à un infarctus du myocarde, c'est la thrombolyse qui va faire cesser la douleur. Nous sommes ici dans le cadre d'un phénomène qui a été parfaitement décrit par Mme Barrier et sur lequel je n'insisterai pas.

Enfin, il y a un troisième domaine : celui de la douleur chronique due à une maladie chronique plutôt incurable, y compris certains cancers, qui entre dans le cadre de ce qui s'inscrit aujourd'hui dans ce qu'on appelle la prise en charge et le traitement de la douleur et qui peut donner lieu à un débat sur la façon dont ces malades doivent être pris en charge ainsi que sur l'organisation et le développement d'une spécialité d'algologie, que je souhaite développer en tant que Président de l'Ordre.

Je voudrais ajouter un point important à ces quelques réflexions préliminaires, en reprenant ce que j'ai dit tout à l'heure à propos du symptôme inquantifiable et immesurable de la douleur. Il y a un aspect qui est assez dramatique dans notre profession et qui atteint aussi bien les infirmières que les médecins, c'est que tant qu'on n'a pas souffert soi-même, on est incapable d'analyser la souffrance des autres. Je dis cela parce que Mme Missoffe a fait état de ses problèmes personnels et aussi parce que (je vous fais une confiance) mon état d'esprit vis-à-vis de la douleur a changé le jour où j'ai été gravement malade et hospitalisé et où j'ai tout subi. J'ai enfin compris alors un certain nombre de choses, et je crois que les médecins que j'ai interrogés et qui ont subi des agressions ont peut-être découvert quelque chose simplement ce jour-là.

Je précise que je ne m'inscris pas du tout - croyez-le bien - contre ceux qui n'ont pas connu cela. Simplement, l'un des mystères de l'homme est de ne pas pouvoir se substituer à l'autre dans la perception de la douleur. Je ne sais pas si je me fais bien comprendre, mais c'est très important.

A cet égard, les femmes ont une supériorité par rapport à nous car elles ont toujours souffert, sauf depuis qu'on leur fait des péridurales. Auparavant, elles souffraient toujours, et finalement, c'était une sorte de supériorité de la femme par rapport à l'homme. Je crois donc que la perception de la douleur est tellement subjective qu'il faut l'avoir perçue soi-même pour savoir que ce n'est pas la même que celle du voisin. Cela me paraît très important.

En ce qui concerne maintenant le travail à effectuer, le Président du Conseil de l'Ordre a une lourde responsabilité qui concerne l'organisation de la profession, l'attribution des qualifications et aussi la déontologie, c'est-à-dire des limites de la prescription.

Si on n'a pas enseigné la douleur ou si on n'en a pas assez parlé, il est temps de le faire. Je pense que les doyens en sont conscients, aussi bien dans le domaine de la formation initiale que dans celui de la formation continue. Il paraît d'ailleurs aberrant qu'en 1994, on tienne de tels propos dans une assemblée de notables en se disant les uns et les autres : "enfin, on va parler de la douleur". Mais parler de la douleur, c'est un peu comme parler de la relation médecin/malade : cela ne fait pas l'objet d'un cours magistral mais simplement d'un exemple permanent qui consiste à attacher de la valeur à ce que disent les gens et les malades. Quand ils disent qu'ils souffrent, il faut les écouter. Savoir analyser une douleur et savoir ce qu'il faut faire pour atténuer les douleurs doit faire partie d'un discours permanent qui n'est pas uniquement celui (excusez-moi, Monsieur Queneau) du professeur de thérapeutique. C'est l'affaire de

tous les enseignants, de tous les médecins et de tous ceux qui côtoient les malades et qui les prennent en charge.

La formation continue est bien entendu indispensable. Pour ceux qui sont déjà en exercice, c'est à travers les actions de formation continue qu'on va développer une meilleure connaissance des traitements sur la douleur.

Enfin (et je pense que mon collègue M. Parrot en parlera plus savamment que moi), il y a la question du bon usage des thérapeutiques antalgiques et de l'introduction dans celles-ci des médicaments opiacés qui, jusqu'à présent, faisaient peur en raison des contraintes que peut représenter l'utilisation des carnets à souches et de leur possible vol par des toxicomanes.

Avec M. Parrot, nous nous sommes saisis du problème, et nous aurons à faire des propositions sur la simplification des carnets à souches et sur une meilleure coordination des médecins et des pharmaciens, ce qui devrait faciliter considérablement le traitement de la douleur et la prise en charge des malades douloureux par les médecins généralistes.

J'en viens maintenant aux questions suivantes : faut-il des spécialistes de la douleur ? Tout médecin doit-il être en mesure de calmer les douleurs et de prendre en charge les malades et faut-il des centres spécialisés pour le traitement de la douleur ?

Je crois que tout médecin, pour toute pathologie, doit être en mesure de soulager les douleurs de son malade. C'est une évidence. Compte tenu de la description que j'en ai faite tout à l'heure, il y a les symptômes initiaux et douloureux, la maladie douloureuse qu'on va traiter par un traitement qui n'est plus symptomatique mais étiologique et qui va faire disparaître la douleur, et enfin ces fameuses douleurs chroniques qui nécessitent la répétition des traitements.

*Présidence de M. Lucien Neuwirth*

(Suite) Je crois que le comportement n'est pas le même à chaque fois. Il est certain que pour les deux premiers cas de figure, tout médecin spécialiste ou généraliste connaissant bien la pathologie d'organes doit être en mesure de soulager son malade. C'est un devoir et cela fait partie des règles professionnelles : le devoir du médecin est d'apaiser les souffrances.

En ce qui concerne en revanche les douleurs chroniques, invalidantes, répétées et rebelles, je crois qu'il faut faire appel à des spécialistes. Nous avons là des maîtres en pharmacologie : les anesthésistes. Ce sont eux, en effet, qui se sont désignés pour créer des

consultations de la douleur, qui se veulent d'ailleurs multidisciplinaires, parce qu'il faut parfois d'autres médecins et d'autres intervenants (je pense en particulier aux neurochirurgiens qui développent un certain nombre d'interventions antalgiques).

Il faut que ces centres soient bien organisés autour d'un centre de référence, c'est-à-dire dans un secteur hospitalier public ou privé, et que là aussi, les médecins qui s'occupent de la pathologie de la douleur, un peu comme ce qui a été créé avec les réseaux pour la toxicomanie, puissent avoir des centres de référence où se développent un certain nombre de travaux scientifiques, une meilleure connaissance des traitements de la douleur et surtout la prise en charge des malades. Bien évidemment, ces équipes pluridisciplinaires doivent être composées non seulement des médecins et des neurochirurgiens, mais également des assistantes sociales.

Voilà un peu la façon dont nous avons réfléchi au sein de l'Ordre. Premièrement, il ne faut pas faire une spécialité communément répandue ou donnée à des médecins généralistes : tout médecin peut être formé par l'intermédiaire de la formation continue dans le domaine du traitement de la douleur. Deuxièmement, il faut des centres et des consultations d'algologie tenus par des anesthésistes ou des médecins qui se seront formés pour cela, des centres de référence permettant aux autres médecins de les utiliser et de travailler avec eux. Cela sera certainement bénéfique pour la prise en charge des cancéreux et des maladies neurologiques avec des douleurs chroniques et répétées.

Enfin, on n'a pas parlé de l'éthique de la douleur. C'est un peu le rôle du Conseil de l'Ordre de parler des problèmes éthiques. Y a-t-il vraiment un problème éthique à partir du moment où on se pose la question de savoir ce qui est bon pour le malade ? En fait, c'est tout simple : ce qui est bon pour le malade, c'est de répondre à sa demande, c'est-à-dire que si le malade souffre, il faut le soulager. Quelles en sont les limites ? Je ne vais pas rouvrir ce chapitre un peu dramatique de l'accompagnement des mourants et des soins palliatifs, mais on connaît ces limites, qui sont d'ailleurs clairement écrites dans notre Code de déontologie, dans lequel il est bien dit que le devoir du médecin est d'apaiser les souffrances jusqu'au bout mais non pas de donner la mort délibérément.

Là-dessus, nous sommes clairs et nous n'avons jamais changé de philosophie. Il faut savoir que nous soutenons les soins palliatifs dans ce domaine de l'accompagnement des mourants et du traitement de la douleur.

Voilà ce que je voulais dire au sujet de la prise en charge et du traitement de la douleur.



**M. LE PRESIDENT.** - Si je comprends bien, vous estimez que le traitement de la douleur ne rencontre aucune difficulté ?

**M. GLORION.** - Il n'y a pas de problème si, véritablement, les médecins ont la possibilité d'utiliser tout l'arsenal thérapeutique dont on dispose, s'ils ont la volonté de le faire et la volonté de répondre à la demande des patients, c'est-à-dire de ceux qui souffrent. Je crois que la médecine est organisée pour répondre à la douleur, même si elle a pris beaucoup de retard à cet égard,

**M. LE PRESIDENT.** - Pensez-vous que dans cet ordre d'idée, les carnets à souches actuels conviennent parfaitement ?

**M. GLORION.** - Vous allez entendre M. Parrot sur le sujet.

**M. LE PRESIDENT.** - Mais il représente les pharmaciens.

**M. GLORION.** - Oui, mais nous avons travaillé ensemble. Personnellement, je souhaite une simplification du carnet à souches, c'est-à-dire qu'il n'y ait qu'un carnet à souches du Conseil de l'Ordre délivré aux médecins qui en font la demande, sachant qu'on peut être amené à leur demander des comptes.

**M. LE PRESIDENT.** - Vous avez aussi des médecins qui n'en utilisent pas du tout.

**M. GLORION.** - C'est vrai, mais dans ce cas, c'est peut-être qu'ils n'ont pas pris en charge la douleur. Vous avez raison de signaler ce problème, et nous nous posons la même question que vous.

**M. LE PRESIDENT.** - Je pense qu'il est dans les intentions du ministre (il nous le dira tout à l'heure) de modifier le carnet à souches actuel, qui est antédiluvien, et d'en arriver à un bulletin de produits réglementés. Mais pensez-vous qu'un traitement informatique serait possible ? Je m'explique : je crois savoir que l'une des craintes des médecins est qu'on leur vole leur carnet à souches. Or avec un traitement informatique du carnet qui porterait un numéro, sa disparition pourrait être immédiatement signalée à l'Ordre des médecins ; tout pharmacien recevant un carnet à souches, comme pour une carte de crédit, pourrait taper sur son guide le numéro du carnet à souches et saurait tout de suite s'il y a opposition ou non.

**M. GLORION.** - Je ne peux pas vous donner la réponse, dans la mesure où la question ne m'a pas été posée officiellement, mais vous me la posez et c'est intéressant. Il faut avoir deux objectifs : premièrement, simplifier le travail des médecins et le rendre le plus efficace possible ; deuxièmement, savoir que des dérives sont possibles et que la menace de l'utilisation de ces produits à d'autres fins que le traitement de la douleur est un risque majeur. On connaît très bien le

dévouement et la conscience des médecins généralistes qui prennent en charge des toxicomanes dans le secteur privé ; on les connaît et on sait qu'il y a un contrôle possible, mais il y a toujours des risques de dérive, et il faut donc que nous ayons une méthode qui nous assure le contrôle et l'efficacité de l'utilisation des carnets à souches.

**M. LE PRESIDENT.** - Considérez-vous que le développement de l'utilisation du carnet à souches peut se faire sans entrave ?

**M. GLORION.** - S'il y a une utilisation du carnet à souches qui est bonne et bien comprise par les médecins, je pense que les possibilités sont grandes. Il est vrai qu'il faut le faire en accord avec les pharmaciens, parce qu'on finit par connaître les médecins qui se sont beaucoup investis dans ce domaine, et que toute dérive peut être signalée entre médecins et pharmaciens. A ce moment-là, on peut convoquer le médecin et lui demander des comptes. Mais je ne crois pas qu'il y ait actuellement d'entrave à la prescription de ces produits.

**M. LE PRESIDENT.** - Les verrous seraient donc psychologiques ?

**M. GLORION.** - Oui, tout à fait.

**M. LE PRESIDENT.** - Alors nous prenons maintenant une question de M. Delong.

**M. DELONG.** - Un simple mot. Je pense que discuter du carnet à souches des médecins est prématuré. Il convient auparavant d'entendre le Président de l'Ordre des pharmaciens, car si le médecin a un carnet à souches, le pharmacien en a également un, et le contrôle se fait au niveau de l'Inspection régionale des pharmacies.

**M. LE PRESIDENT.** - Tout à fait.

**M. DELONG.** - Or je peux vous assurer que ce contrôle est extrêmement rapide et efficace. Je crois donc que le débat pourrait venir après avoir entendu le Président de l'Ordre des pharmaciens.

**M. LE PRESIDENT.** - Tout à fait. La parole est à Mme Dusseau.

**Mme DUSSEAU.** - M. Glorion a dit que sur le plan philosophique, il pensait qu'il n'y avait pas de problème et que la nécessité de répondre à la douleur était évidente pour un médecin. Je souhaiterais vous demander d'affiner votre propos, parce que nous avons nous-mêmes des échos qui sont parfois différents, et même fondamentalement différents.

Est-ce que vous pourriez assurer qu'actuellement, une grosse minorité, une majorité ou une quasi unanimité (je prends des grandes tranches, car nous n'allons pas affiner à 5 % près) des médecins est vraiment persuadée qu'il est nécessaire de lutter contre la douleur et que la douleur n'est pas quelque chose d'utile ou de nécessaire ?

Ma deuxième question concerne la formation. Vous avez insisté à juste titre sur un sujet dont nous avons débattu plusieurs fois ce matin. Ne revenons pas sur la formation initiale mais disons un mot de la formation continue. Je voudrais savoir (et je n'ai pas d'idée sur la manière dont se fait précisément la formation continue des médecins) si vous pouvez estimer, dans la formation continue apportée aux médecins pendant l'année 1993, par exemple, l'importance très approximative qui est accordée à l'approche de la douleur ? Qu'en est-il à votre avis des 80 % de médecins qui, si j'ai bien compris, ne suivent jamais de formation continue ?

Ma dernière question sera aussi quantitative (vous représentez une profession, et je crois que vous pourrez peut-être nous apporter des renseignements de ce type) : quel est actuellement la proportion de médecins qui est en possession d'un carnet à souches ?

**M. LE PRESIDENT.** - Je voudrais compléter en ce qui concerne la formation continue. On sait qu'elle est en large partie assurée par les visiteurs médicaux.

**M. GLORION.** - Concernant la première question, pensez-vous qu'un Président de l'Ordre qui parle au nom de 187 000 médecins exerçant puisse vous affirmer qu'ils suivent tous ce que je dis ? Il me paraîtrait audacieux d'affirmer devant vous que je suis à ce point écouté que, dès que je parle, les 187 000 médecins sont à mes ordres. Nous sommes une profession libérale et les médecins sont indépendants. Ils ont simplement en commun, selon moi, la volonté de respecter les règles déontologiques. Ils ont suivi une formation doctorale qui est en principe la même pour tout le monde et sanctionnée par des diplômes et des qualifications que nous reconnaissons, mais je ne peux pas affirmer, en répondant à votre question, que la totalité des médecins soit aussi convaincue que j'ai essayé de l'être devant vous. Mon rôle est de les convaincre, par l'intermédiaire des enseignants et de ceux qui font de la formation continue.

Cela me permet de répondre à votre deuxième question. La douleur est inscrite dans les thèmes prioritaires de la formation continue. Vous savez que dans la formation continue conventionnelle, il y a actuellement des thèmes nationaux et des thèmes régionaux, et que le traitement de la douleur a été inscrit dans les thèmes

prioritaires. Par conséquent, a priori, les organismes de formation continue ont dû se saisir de ces thèmes et faire en sorte de les développer en formation continue.

Vous m'avez demandé également quel est le pourcentage de médecins qui font de la formation médicale continue. C'est très difficile à appréhender.

Mme DUSSEAU. - On nous a donné un chiffre de 20 % ce matin. Je ne sais pas s'il est juste

M. GLORION. - Vous savez bien qu'on peut jouer avec les statistiques et les pourcentages. Ce que je puis vous dire, c'est que depuis environ dix ans (parce que je me suis particulièrement intéressé à ce problème), nous sommes en nette progression et qu'actuellement, la proportion est sans doute de 50 % des médecins, pour la simple raison que celle-ci est désormais rendue plus accessible aux médecins qui bénéficient en contrepartie de leur participation de quelques avantages.

Maintenant, en ce qui concerne les carnets à souches, je crains de m'aventurer en vous donnant un chiffre parce que je ne le connais pas. Peut-être M. Parrot le connaît-il... En tout cas, je crois sincèrement que le pourcentage de médecins utilisant un carnet à souches est inférieur à moins de 50 %.

Il y a quand même des raisons à cela. Il y a tout d'abord des spécialités pour lesquelles on ne se sert jamais de carnets à souches parce qu'on n'est pas prescripteur : les chirurgiens ne sont pas prescripteurs, alors qu'il sont quand même assez nombreux. Il y a des tas de spécialités pour lesquelles on n'est pas prescripteur parce qu'il n'y a pas des douleurs considérables. En fait, je ne me suis pas étendu sur les antalgiques, mais je me suis pénétré d'un livre formidable sur la place des antalgiques, que j'ai lu depuis quelques jours pour venir vous voir, et je peux vous dire qu'il y a une graduation dans l'utilisation des antalgiques qui montre bien que les opiacés sont quand même le dernier recours. Il y a en effet d'excellents médicaments que l'on peut prescrire et qui calment les douleurs.

Par conséquent, quand on me demande le pourcentage des médecins qui utilisent le carnet à souches, je réponds que certains, en particulier ceux qui s'occupent des vieillards et des cancéreux, l'utilisent forcément plus que les pédiatres. J'espère avoir répondu à vos trois questions.

Mme MISSOFFE. - Vous avez prononcé, Docteur, une phrase exceptionnelle : "personne ne peut se substituer à la douleur d'autrui", et vous avez ajouté que les femmes y sont plus proches parce

qu'elles ouvrent et ferment les yeux, c'est-à-dire que l'expérience leur apprend ce que l'enseignement ne leur apprend pas.

Mais à partir du moment (j'en suis intimement persuadée) où on ne peut pas se mettre à la place de celui qui souffre (la douleur est quand même subjective), seul l'enseignement peut être efficace. Vous avez raison à cet égard, mais ne faut-il pas le rendre obligatoire? Ne faut-il pas rendre cet enseignement de la douleur obligatoire, puisqu'on ne peut pas attendre que l'expérience, c'est-à-dire le poids des ans, vous l'apprenne ?

Vous vous êtes demandé s'il fallait des spécialistes de la douleur en précisant que tout médecin doit pouvoir être un spécialiste de la douleur.

L'expérience (et vous avez aimablement parlé de l'expérience féminine) nous prouve que l'on peut facilement procéder à des actes de bon sens, même si on n'est pas médecin. Par exemple, il paraît stupéfiant de mettre quelqu'un qui va mourir (je l'ai vu de mes propres yeux dans un grand hôpital parisien) dans une chambre spéciale qui est grande comme le quart de l'endroit où je suis assise sous prétexte qu'il va mourir d'un cancer du foie dans les 48 heures, alors qu'il sait qu'on le met dans cette pièce parce qu'il va mourir et qu'à l'exception d'une amie, il n'y a plus personne pour l'assister (cela s'est passé il y a vingt ans). Je l'ai vécu, sans quoi je ne le raconterais pas.

Quand vous mettez, par exemple, un vieux monsieur dans une chambre d'un autre hôpital parisien, chambre occupée par un autre patient caché par un paravent, cet autre patient entend les râles du mourant qui m'était proche. On finit par ne plus penser au mourant mais à celui qui assiste à l'agonie. Je me souviens de ce déchirement affectif que j'ai ressenti en ne pensant plus à celui que j'aimais mais à celui que je ne connaissais pas.

Est-ce qu'il faut apprendre cela ? Est-ce que nous le savons parce que nous sommes des femmes ou parce que la vie nous l'a appris ? Est-ce qu'il ne faut pas se dire que tout le monde ne naît pas avec un bon sens qui semble élémentaire et qu'il faut peut-être apprendre ces gestes de la vie qui ne sont pas des techniques mais des réactions humaines ? Je ne parle que de deux cas que j'ai vécus personnellement, sachant que mon amie n'avait pas 50 ans. Elle me disait : "je sais que je vais mourir puisqu'on m'a mise là".

Est-ce que il ne faut pas l'apprendre dès l'âge de 18 ans en première année de médecine et continuer jusqu'à la fin ?

M. GLORION. - Je vous répondrai très brièvement que premièrement, je ne crois pas à l'enseignement obligatoire de la

douleur mais plutôt à une imprégnation progressive dans le compagnonnage que nous faisons régulièrement avec les futurs médecins. On n'en a peut-être pas assez parlé, mais ce n'est pas parce qu'on fera des cours magistraux que cela rentrera mieux. Il faut convaincre les jeunes et nous-mêmes (parce que nous ne l'étions pas) de la nécessité de prendre en charge la douleur.

Quant au deuxième problème que vous avez évoqué, vous décrivez très bien le problème des soins palliatifs et toutes les précautions qu'il faut prendre, et je pense qu'on est sur la bonne voie : beaucoup d'associations s'en préoccupent, et cela repose aussi sur les épaules de bien des bénévoles. C'est une notion qu'il faudrait aussi faire pénétrer à l'intérieur de notre bon pays.

Si je prends l'exemple des Anglo-Saxons, il est certain qu'ils ont résolu leurs problèmes dans ce domaine.

**M. LE PRESIDENT.** - Je donne maintenant la parole au Docteur Brasseur.

**M. BRASSEUR.** - Il y a peut-être quelques idées à retenir dans ce qui a été dit. Je crois qu'aujourd'hui, on a des moyens plus efficaces d'évaluer la douleur des patients. Si François Boureau est ici, entre autres, c'est parce qu'il a mis des outils au point qui permettent d'évaluer de façon beaucoup plus précise la douleur des patients, en particulier pour les douleurs chroniques.

Par ailleurs, les patients qui ont des douleurs peuvent être victimes des effets néfastes de la douleur. La douleur met en effet en circuit tout un tas de systèmes, en particulier chez les patients à risques. Mme Barrier parlait du post-opératoire tout à l'heure, et il a été démontré qu'une douleur importante qui persiste a des effets secondaires néfastes sur les patients à risques, en particulier coronariens et cardiaques, dans la mesure où elle favorise l'apparition de complications.

Par exemple, la douleur post-opératoire a tendance à laisser les malades alités. Or on sait que le fait de rester alité favorise l'apparition de phlébites, voire d'embolies pulmonaires. Il y a donc des effets néfastes à une douleur qui n'est pas traitée.

La troisième chose que je voudrais vous dire concerne le carnet à souches. Globalement, très peu de médecins ont des carnets à souches, et j'ai parfois l'impression, aujourd'hui, de passer pour un dealer. Il y a des tas de gens dans mon hôpital qui me téléphonent, sachant que j'ai un carnet à souches, pour faire des souches pour tout le monde. Je ne vois pas pourquoi, en tant que cotisant au Conseil de l'Ordre, je ne reçois pas obligatoirement un carnet à souches et pourquoi ce carnet ne pourrait pas être utilisé par tout médecin. Je ne

vois pas pourquoi il faudrait rencontrer un patient douloureux pour faire cette demande du carnet à souches, alors que cela implique tout un tas de choses : il faut faire le déplacement ou bien après votre demande, on vous l'envoie par courrier et il faut parfois payer les frais de port.

Je pense qu'il y a quand même quelque chose à revoir à cet égard. La France est un pays soi-disant développé. Pourquoi ferions nous moins bien que la Grande-Bretagne, le Danemark ou un certain nombre d'autres pays ?

M. GLORION. - Un simple mot à propos des carnets à souches : il n'y a jamais eu d'obstacle à leur délivrance. Peut-être peut-on améliorer encore les modalités de cette délivrance, mais ce que j'ai voulu dire, c'est qu'il n'y avait pas assez de demandes. Donc vous avez tout à fait raison de signaler ce problème. Il faut dire quand même qu'il n'est pas anodin d'envoyer un carnet à souches à n'importe quel médecin sans qu'il le demande parce qu'après tout, lorsqu'il l'a, s'il n'en a pas l'usage, il risque à un moment donné de se le faire voler ou de le perdre, ce qui devient ennuyeux.

M. BRASSEUR. - Pourquoi la toxicomanie devrait-elle devenir un obstacle au traitement des patients pour des douleurs qui ont besoin de ces produits ?

M. GLORION. - Je n'ai pas dit que c'était un obstacle. mais qu'il y avait effectivement des dangers de confusion. Ceux qui connaissent le problème savent bien que nous faisons énormément de progrès dans ce domaine.

M. LE PRESIDENT. - Je vous remercie, Monsieur le Président.

Je m'adresse maintenant à M. Jean Parrot, Président du Conseil de l'Ordre des pharmaciens. Il va bien sûr nous faire une présentation liminaire, mais je lui poserai une question, en attendant celles de nos collègues : dans l'état actuel de la réglementation, n'y a-t-il pas risque de divergence entre les règles de délivrance des produits réglementés et la liberté de prescription des médecins ?

M. PARROT. - Je vous ai préparé une note pour vous exposer un peu quelle était la réglementation qui existait pour toutes les substances utilisées dans le cadre du traitement de la douleur. En fin de compte, toute la réglementation qui existe est liée non pas au pouvoir de réglementer ces produits dans le cadre de leur utilisation, c'est-à-dire pour le traitement de la douleur, mais uniquement pour éviter le détournement de l'usage de ces produits.

Les pouvoirs publics ont été obligés d'éditer un certain nombre de règles dont nous sommes à la fois les utilisateurs et les victimes, puisque ce cadre strict régit la façon dont nous devons agir.

J'ai souhaité vous rappeler dans un premier temps les règles qui existent à la fois pour les pharmaciens et les médecins, et nous avons convenu avec le professeur Glorion que j'aurais à résumer ces règles pour nos deux professions.

Premièrement, en ce qui concerne l'approvisionnement, le pharmacien d'officine s'approvisionne à l'aide d'un carnet spécifique qui lui est propre (vous l'avez cité tout à l'heure) et qui lui sert de lien entre le dépositaire qui, lui, aura le produit en grande quantité en se fournissant auprès des laboratoires pharmaceutiques et ses besoins propres. Il aura un livre sur lequel il inscrira ses entrées.

Cette comptabilité sera bien entendu soumise à une attention particulière de la part de l'Inspection de la pharmacie lors de ses visites de routine ou de ses enquêtes, pour suivre exactement les quantités rentrées à l'officine.

Le médecin peut s'approvisionner pour son usage professionnel dans des limites strictes. Je vous rappelle que c'est un arrêté du 2 février 1990 qui règle les conditions d'approvisionnement au vu d'une ordonnance extraite de son carnet à souches. Chaque Inspection régionale de pharmacie vérifiera donc les conditions dans lesquelles le médecin peut s'approvisionner pour ses besoins personnels et son usage au lit de son malade.

La prescription, elle, doit être effectuée sur une ordonnance extraite du carnet à souches déjà cité que possède le médecin et qui lui est délivrée par son Conseil de l'Ordre.

Tout à l'heure, on a relevé le fait que tous les médecins n'avaient pas de carnet à souches. Permettez-moi de vous dire que cela m'étonne. Il y a longtemps que l'Ordre des pharmaciens a dépassé cette notion en obligeant les pharmaciens à posséder à la fois un livre de stupéfiants et les produits dans leur officine.

A l'heure actuelle, quand un pharmacien qui a été victime de plusieurs cambriolages me dit ou croit intelligent de dire à son Conseil de l'Ordre : "je ne veux plus posséder de toxiques", on lui dit immédiatement : "ou bien vous nous faites parvenir le double des démarches que vous avez faites pour avoir un stock minimum ou bien, si vous ne le faites pas, vous serez automatiquement traduit en Chambre de discipline, parce que vous vous devez d'avoir ces produits". C'est en effet une nécessité absolue pour les pharmaciens,



même si je sais que nous avons du mal, surtout dans les zones à hauts risques, d'obtenir cela d'eux.

Il y a donc des règles de prescription qui sont plus ou moins bien respectées, mais qui sont maintenant bien passées pour les médecins utilisateurs réguliers, c'est-à-dire ceux qui prennent vraiment en charge les malades. Ils prescrivent soit pour sept jours, soit pour quatorze jours, soit pour vingt-huit jours, selon les produits, et il y a parfois des nécessités de chevauchement dans les traitements selon l'évolution ou l'aggravation de l'état de leurs patients.

L'exécution de la prescription par le pharmacien a été très encadrée et elle l'est de plus en plus, parce que nous nous sommes aperçus qu'il y avait des possibilités de détournement d'usage de ces médicaments. Ces règles en sont arrivées maintenant à un point tel qu'il est dit que toute prescription présentée avec retard à la pharmacie fait perdre le bénéfice de la prescription pour les jours de non-utilisation par rapport à la date de prescription et à la date de délivrance.

J'avoue que cette règle gêne parfois tout le monde. Elle gêne bien sûr le prescripteur, parce que cela l'oblige à suivre son malade au jour le jour et à ne pas pouvoir lui faire une prescription à l'avance si son état est modifié. Elle gêne également le pharmacien, parce que cela l'oblige à tenir une comptabilité qui devient différente de celle qui est effectivement prescrite sur le compte des toxiques. Et elle gêne le malade, qui se croit plus ou moins à l'abri avec une ordonnance qu'il possède et qui serait faite par exemple pour une délivrance de quatorze jours mais qui, lorsqu'il se présente à la pharmacie en ayant attendu dix jours supplémentaires sur ces quatorze jours parce que son traitement précédent lui permettait d'attendre dix jours, s'entend dire : "désolé, mais vous n'en n'avez plus que pour quatre jours parce que tout le reste est dépassé".

Concernant ces notions, nous sommes d'accord pour faire en sorte, avec mon confrère Président de l'Ordre des médecins, de gérer cela différemment.

En second lieu, pour toute substance vénéneuse non classée, il y a des exonérations qui existent en fonction des doses et qui permettent, lorsque les douleurs ne sont pas trop intenses, de pouvoir traiter les malades, en sortant de ce cadre très strict de la législation.

Je dois également vous dire que certaines substances ont été interdites alors qu'autrefois, elles étaient autorisées.

Je tiens à vous signaler également que dans le cadre du traitement de la douleur, il y a eu l'apparition de molécules-nouvelles.

De l'ensemble de cette réglementation et de tout ce qui était le but et l'objectif poursuivi depuis 1948 avec ces règles qui ont été imposées, on peut dire aujourd'hui qu'il a été construit une réglementation dans le but de dissuader le trafic de drogue et les pratiques toxicomaniques, et que cette réglementation atteint bien son objectif.

A ces données, s'ajoute un souci de santé publique qui est l'amélioration du traitement de la douleur, et il semble qu'il soit nécessaire d'adapter les règles en vigueur afin de leur donner plus de souplesse pour faciliter la prescription par les médecins et être absolument sûr de répondre à tous les besoins par rapport à l'état du malade.

Aussi bien, le Professeur Glorion que moi même avons pris la décision de faire évoluer nos textes afin de prendre en compte la totalité des malades qui sont redevables d'un traitement de la douleur, tout en sachant qu'avoir la certitude qu'on les prenne bien en compte nous amènera automatiquement, d'une façon ou d'une autre, à tolérer un débordement d'usage dans un cadre qui n'est pas celui du traitement de la douleur. Simplement, plutôt que d'avoir un cadre strict qui voudrait qu'à tout prix, on ne sorte pas de ce débordement, tout en sachant qu'on n'apporte pas la totalité du traitement, nous penchons pour la prise en compte de l'ensemble du traitement, même s'il doit y avoir une petite partie de débordement. Encore faut-il que l'ensemble puisse être réellement contrôlé.

Il serait donc dommage pour nous d'ouvrir complètement les vannes de la prescription d'antalgiques majeurs et de démolir le système actuel.

De nouvelles dispositions devraient être prises à notre avis pour faire évoluer les réglementations (carnets à souches ou autres), tout en sachant qu'on doit garder un contrôle. Je vous rappelle qu'à l'heure actuelle, nous sommes en train de construire, avec la Direction générale de la santé, tout un système pour prendre en compte, en ville, les médicaments qui, pour le moment, sont en réserve hospitalière pour des pathologies majeures, et nous le faisons actuellement à la fois pour des exigences de santé publique et pour des exigences économiques.

Il ne faudrait pas que les règles nouvelles qu'on édite uniquement pour prendre en compte des produits nouveaux soient abandonnées d'un seul coup pour des produits anciens et pour une autre pathologie, au motif que ces produits n'auraient pas une valeur

très forte et qu'ils ne relèveraient pas d'un intérêt majeur de santé publique. Il y a une règle qui doit rester majeure pour tout le monde dans tous les domaines et si on fait de nouvelles règles pour d'autres produits, il faut aussi garder les anciennes.

En conclusion, je souhaiterais que sous prétexte d'un éventuel trafic sur les produits, on ne sacrifie pas l'intérêt de la santé publique dans le traitement de la douleur, tout en se gardant à la fois de démolir le système et en acceptant que les professionnels et la Direction générale de la santé trouvent les solutions d'adaptation pour que l'ensemble soit mieux pris en compte, sans pour autant avoir une libéralisation qui aboutirait au contraire de ce qu'on recherche.

**M. LE PRESIDENT.** - Je vous remercie. Votre conclusion est assez claire. Autrement dit, vous ne souhaitez pas que les politiques, c'est-à-dire le Parlement, puissent interférer dans ce règlement entre vous et l'administration ? Je précise que nous nous intéressons aussi aux malades.

**M. PARROT.** - Je pense que j'ai bien fait ressortir dans mon propos que c'était l'intérêt du malade qui nous dictait la nécessité de faire évoluer nos règles, pour avoir une couverture à 100 % de ces malades et pour pouvoir les prendre en compte grâce, comme je l'ai dit, aux produits nouveaux.

Nous sommes en train de réaliser une enquête au plan national, en accord avec l'ANDEM, pour savoir comment sont utilisés les carnets de stupéfiants à l'heure actuelle, ce qu'il y a sur ces carnets et à quoi cela correspond. Bien sûr, cette enquête sera faite en retirant les noms, etc. (nous avons pris toutes les garanties). Cette enquête va avoir lieu sur un certain nombre de mois et va porter sur un panel correspondant à plus de deux cents pharmaciens appartenant tous au Conseil de l'Ordre et répartis dans la totalité de la France ainsi qu'à un millier de prescripteurs.

**M. LE PRESIDENT.** - Je vous remercie. Je donne la parole rapidement au dernier orateur de cette partie : le Professeur Patrick Henry, Président de la Société française de la douleur.

**M. HENRY.** - Compte tenu du temps qui nous est compté, je vais essayer d'être bref, mais je voudrais reprendre quelques éléments pour essayer de mettre un peu d'ordre dans cette "passion incohérente" qu'est la douleur, selon le mot de Le Clézio.

Vous avez bien compris que cette douleur était universelle et multiforme. On nous a parlé des douleurs du cancéreux ou du toxicomane, de la phase terminale des soins palliatifs, de la douleur post-opératoire, de la douleur de l'enfant, de la douleur pré et post-anesthésique, mais il y a des douleurs qui sont moins évidentes mais

tout aussi réelles : les douleurs du rachis, les maux de tête, les douleurs de l'arthrose, les douleurs post-traumatiques...

Si l'on fait des études épidémiologiques (notre ministre de la Santé y est particulièrement sensible), on s'aperçoit que dans la population générale, 10 % des gens se plaignent de mal de tête et 15 % de douleurs arthrosiques, et que si on prend une population âgée de plus de 65 ans, c'est 65 % de la population qui se plaint de douleurs chroniques. Cette population se plaint également très souvent d'une prise en charge insuffisante. C'est ainsi que dans les douleurs chroniques du sujet âgé, 30 % des sujets sont mécontents de la prise en charge et que dans le domaine des maux de tête, 50 % de la population estime qu'elle n'est pas bien prise en charge.

Evidemment, cela nous interpelle, parce que si la douleur est universelle et multiforme, elle est aussi unique, puisqu'elle intéresse un être et un individu donné. Il faut donc que cette douleur universelle et multiforme soit l'objet d'une prise en charge spécifique et variée.

Nous avons vu que la réponse des professions de santé n'était peut-être pas toujours parfaitement adaptée à la demande. Il faut bien distinguer le problème de la douleur aiguë (et les intervenants précédents ont avec justesse signalé que la douleur aiguë devait être prise en charge immédiatement, car elle laisse souvent des traces) de celui de la douleur chronique, qui est beaucoup plus complexe à étudier, car elle réalise une véritable nouvelle maladie, au-delà des causes qui ont pu la produire. Elle envahit la vie par son omnipotence et entrave la vie relationnelle, professionnelle et familiale.

Or trop souvent, la réponse des professions de santé face à ces douleurs chroniques est trop parcellaire et purement médicamenteuse. Souvent, la vue d'ensemble manque devant un problème pluri-factoriel qui engage toutes les dimensions de l'être humain.

Cette fragmentation de la prise en charge est liée à une insuffisance de la formation initiale, comme nous l'avons vu ce matin. La douleur n'est souvent considérée que comme un symptôme, l'enseignement est parcellaire et atomisé et il est vu souvent au travers du prisme déformant de chaque spécialité, la formation médicale étant trop souvent purement anatomo-clinique. On a souligné à cet égard ce matin l'insuffisance de la formation en matière de sciences humaines dans les études médicales.

A côté de l'insuffisance de la formation initiale, il y a une fragmentation de la prise en charge par une mauvaise communication des différents acteurs de la santé, une organisation du système de

santé qui privilégie les actes techniques aux dépens d'une prise en charge globale et une insuffisance d'écoute et de prise en charge à des niveaux variés.

Il y a également une insuffisance des structures de référence. On a parlé des centres anti-douleur et du manque de médecins qualifiés ou n'ayant que des qualifications trop segmentaires.

**Quelles propositions peut-on faire ?**

- renforcement de la formation initiale des médecins, des infirmières, des kinésithérapeutes, des pharmaciens ;

- incitation au niveau de la Conférence des doyens des facultés de médecine ;

- détermination d'objectifs progressifs et cohérents tout au long du cursus médical et développement de l'aspect transdisciplinaire de l'approche des douleurs ;

- insister sur l'importance de la formation permanente. Les cibles sont multiples : généralistes, spécialistes, libéraux, hospitaliers, infirmiers kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens, psychologues, sages-femmes ;

- toujours faire ressortir l'aspect transdisciplinaire et multidimensionnel de la douleur ;

- élaborer des programmes de cours ;

- recenser les organismes impliqués dans les enseignements ;

- appliquer une formation continue qui soit obligatoire (beaucoup d'intervenants l'ont souligné ce matin) ;

- sensibiliser le public mais aussi l'Etat et les Corps constitués ;

- créer de nouvelles structures, types centres anti-douleur, avec un label de qualité et renforcer ceux qui existent pour qu'ils puissent jouer leur rôle de référence et leur rôle pilote dans une région donnée. Pour cela, il faut peut-être signaler les postes de praticiens hospitaliers aux sujets ayant une spécialisation ou, tout au moins, une qualification dans le domaine de la douleur, à travers les diplômes inter-universitaires sur la douleur et la création d'éventuels enseignements complémentaires au-delà des spécialités donnant une capacité spécifique.

Ce sont tous ces éléments que la Société française de la douleur s'emploie à utiliser pour essayer de sensibiliser tous les acteurs de la santé à la prise en charge de la douleur. Au nom de l'ensemble des collègues de la Société française de la douleur que vous avez entendus ce matin, je tiens à remercier les membres de la Commission de leur attention soutenue à ces problèmes de la douleur.

**M. LE PRESIDENT.** - Je vous remercie. Nous allons maintenant entendre les représentants des cultes.

En ce qui concerne la Commission épiscopale, Monseigneur Jean Cuminal, qui est Président de la Commission "Familles et communautés chrétiennes", est excusé puisqu'au dernier moment, il a été appelé à BLOIS. Il sera remplacé par le Père de Dinechin, que j'invite à venir auprès de moi et à qui je donne la parole.

*Le 4 octobre dernier, votre rapporteur était reçu, sur sa demande, par son Eminence le Cardinal Lustiger.*

*En effet, au moment où allait se dérouler le débat sur la prise en charge de la douleur, il était hautement souhaitable que l'Eglise catholique puisse faire connaître son point de vue face à la mise en cause de la douleur rédemptrice.*

*C'est ainsi que le Père de Dinechin a, de façon très nette, précisé cette position.*

**Père de DINECHIN.** - Monsieur le Président, je vous remercie de votre invitation. La position de l'Eglise catholique sur le traitement de la douleur est souvent mal connue, déformée, voire carrément inversée. Je vais donc vous en donner brièvement une présentation résumée qui commande des orientations claires quant aux questions étudiées par la Commission et le groupe d'études.

Je ferai des considérations générales, philosophiques et chrétiennes, sur la douleur et la souffrance humaine ; je donnerai ensuite les positions plus précises de l'Eglise catholique telles qu'elles existent et ont été exprimées depuis plusieurs dizaines d'années. J'évoquerai enfin la situation française actuelle et les principales orientations à retenir.

Je commence donc par quelques considérations sur la douleur et la souffrance.

La souffrance est une expérience humaine à laquelle personne n'échappe. Elle a des formes multiples parmi lesquelles figurent les douleurs physiques, quand ces dernières sont intenses ou chroniques. Bien qu'on puisse, en première approche, distinguer douleur physique et souffrance au sens plus large, il est bien difficile,

quand on réfléchit un peu, de les dissocier entièrement. La douleur physique a, certes, un caractère objectif que cherche à approcher et que peut approcher la science biomédicale, mais elle est toujours ressentie subjectivement par une personne comme une souffrance.

L'expérience de la souffrance a depuis toujours interrogé l'homme. Il la ressent en lien avec le "scandale du mal" (pour m'exprimer comme Paul Ricoeur). Les cultures, les sagesse, les religions et les philosophies en ont traité et essayé d'y trouver un sens.

Au plan individuel, les fortes souffrances entraînent souvent un sentiment de culpabilité et la question posée à qui de droit : "qu'ai-je fait pour mériter cela ?" Cette question est ouverte à l'interrogation religieuse.

Devant cette énigme de la souffrance, la tradition chrétienne affirme ceci.

Premièrement, il n'y a pas de réponse facile qui résolve cette énigme ; la réponse par l'idée de châtement réparateur n'est pas l'ultime réponse du Dieu de la Révélation biblique. Je vous renvoie au Livre de Job : Job le souffrant n'obtient pas de réponse de ce type.

Deuxièmement, la compassion est l'attitude fondamentale à avoir à l'égard du souffrant, quel qu'il soit et quelle que soit la cause de sa maladie et de sa souffrance. Le Christ a enseigné la compassion (j'évoque la parabole du Bon Samaritain), il l'a pratiquée de façon active en se manifestant comme thaumaturge et comme guérisseur, et de façon passive dans sa passion, en se mettant au rang des souffrants, de ceux qui souffrent de la blessure et même de l'injustice.

Troisièmement, la compassion comporte la lutte contre le mal et donc contre la souffrance dont souffre autrui. Comme l'explique Paul Ricoeur, qui est ici dans la grande tradition chrétienne, le mal est ce qu'on se décide à combattre alors même qu'on a renoncé à l'expliquer.

Enfin, une souffrance subie vécue dans l'amour de Dieu et du prochain ainsi que dans la solidarité peut être le lieu d'un cheminement spirituel de la plus haute qualité. Ce chemin peut être indiqué, montré et proposé à autrui mais non pas imposé.

J'en ai terminé avec ces considérations générales, et je vais maintenant traiter plus précisément, dans un deuxième point, le thème suivant : l'Eglise catholique et le traitement de la douleur.

Notre mémoire sociale en France, et en particulier dans les milieux médicaux (parfois dans la bouche de médecins de renom),

a retenu l'idée ~~inexacte~~ que le christianisme promouvait "la valeur rédemptrice de la souffrance". Je tiens à dire très fortement (car je l'ai encore lu dans les documents préparatoires) que c'est inexact et faux.

Je laisse à l'historien des mentalités le soin d'expliquer ce phénomène. Peut-être s'agit-il d'un stoïcisme latent réactivé par le jansénisme dans notre histoire française. Il faudrait regarder aussi du côté de la mentalité des corps médicaux à travers l'histoire.

En tout cas, un bref sondage historique récemment réalisé par l'un de mes confrères théologiens, le Père Verspieren (dont certains d'entre vous ont sans doute entendu parler) montre :

- en premier lieu, qu'on ne trouve aucune mise en garde venue d'autorités religieuses catholiques contre des traitements de la douleur, aussi loin que l'on remonte dans ce sondage historique ;

- ensuite, que les théologiens moralistes du XVIème siècle affirmaient au contraire, à l'époque où l'anesthésie n'existait pas, que nul n'était tenu d'affronter une épreuve chirurgicale s'il redoutait une trop forte douleur (on a donc le droit de ne pas souffrir) ;

- en dernier lieu, que les moralistes catholiques du XIXème siècle (qui marquent peut-être le plus la mémoire des médecins d'aujourd'hui) semblent surtout soucieux de ne pas contredire de front les médecins de leur époque, qui redoutaient que l'usage de la morphine crée une dépendance. Malgré ce respect peut-être trop excessif des croyances médicales de l'époque, on remarque chez ces moralistes du XIXème et du début du XXème siècles qu'ils n'ont toutefois jamais exprimé d'objections de principe au traitement de la douleur.

Si je reviens à l'histoire présente, il est manifeste que des médecins et des établissements de soins catholiques à l'étranger ont été au premier rang dans ce qu'on a appelé le mouvement des hospices et la création des soins palliatifs hors de France, puis dans leur introduction en France. Ils n'ont pas été les seuls, mais les médecins catholiques et des établissements de soins chrétiens et catholiques ont pris part à ce mouvement.

Du côté des autorités, le Pape Pie XII, dans les années 50, avait fait étudier par les médecins et les moralistes les problèmes d'analgésie, y compris l'analgésie au sujet de l'enfantement, qui risquait de rencontrer l'objection biblique du "tu enfanteras dans la douleur". Ses conclusions sont formelles et claires : la médecine peut et doit s'employer au traitement de la douleur et un patient peut moralement chercher à éviter médicalement une douleur. Je cite ce passage clé d'un important discours de Pie XII :



"Quels sont les motifs qui permettent, dans les cas d'espèce, d'éviter la douleur physique sans entrer en conflit avec une obligation grave ou avec l'idéal de la vie chrétienne ? On pourrait en énumérer un grand nombre, mais malgré leur diversité, ils se ramènent finalement au fait qu'à la longue, la douleur empêche l'obtention de biens et d'intérêts supérieurs. Il peut se faire qu'elle soit préférable pour telle personne déterminée et dans telle situation concrète, mais en général, les dommages que la douleur provoque forcent les hommes à se défendre contre elle. Sans doute ne la fera-t-on jamais disparaître complètement de l'humanité, mais on peut contenir en de plus étroites limites ses effets nocifs."

Par conséquent, la position pontificale du Pape Pie XII en 1957 était clairement exprimée, et le même enseignement a été évoqué plusieurs fois par le Pape Jean-Paul II en ce qui concerne le traitement de la douleur.

J'en viens à ma troisième partie : regard sur la situation en France et les orientations qui peuvent vous intéresser.

En conséquence de ces positions de principe, il est aisé de comprendre ce que les autorités de l'Eglise catholique peuvent dire de la situation en France et des efforts qui s'y déploient. A cet égard, je citerai deux points principaux, et il y en aura peut-être d'autres sur lesquels on pourra m'interroger.

Le premier point, c'est l'encouragement au développement des soins palliatifs et de l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Le Conseil permanent de la Conférence des Evêques de France, dans sa déclaration du 23 septembre 1991 intitulée "Respecter l'homme proche de sa mort", s'exprimait ainsi sur notre point :

"Ces appels répétés de l'Eglise à la recherche de moyens efficaces pour combattre la douleur de la fin de la vie n'ont, semble-t-il, pas été toujours entendus, même par des catholiques. Il est vrai que pendant longtemps, l'emploi des médications agissant sur des douleurs intenses semblait se heurter à de graves objections d'ordre médical. Ont donc été des bienfaiteurs de l'humanité les médecins et chercheurs qui, depuis vingt-cinq ans, s'évertuent à trouver de nouveaux antalgiques et de nouveaux modes d'administration et qui sont parvenus non seulement à soulager mais même à prévenir la plupart des douleurs intenses de la fin de la vie, en évitant les graves conséquences jusqu'alors redoutées.

"Nous apportons notre plus ferme soutien et nos encouragements les plus sincères à tous ceux qui développent actuellement des soins palliatifs".

Et la déclaration ajoute quelques lignes plus loin : "Nous nous réjouissons de ce que les pouvoirs publics français aient encouragé le développement de telles méthodes de soin. Nous jugeons qu'un tel effort doit être poursuivi(...). Il reste beaucoup à faire dans notre pays, notamment en ce qui concerne la formation des membres des professions de santé, pour que tous les malades en fin de vie reçoivent des soins appropriés. Cela revêt même un caractère d'urgence. Tout retard sera source de souffrance pour de nombreux malades".

L'autre point sur lequel votre groupe semble avoir attiré mon attention concerne les centres pluridisciplinaires de traitement de la douleur : cette fois, on n'est plus dans les soins de la fin de la vie mais dans les douleurs chroniques.

Il n'y a pas de déclaration des autorités épiscopales françaises à cet égard, mais les moralistes catholiques compétents jugent qu'il convient d'encourager la création de tels centres et leur répartition géographique, afin de les rendre plus accessibles à un plus grand nombre.

Quant aux traitements qui y sont développés, ils peuvent poser des questions éthiques, notamment sur la répartition entre les traitements somatiques ou psychiques et sur l'usage durable de la morphine (questions qui ont sans doute été évoquées ici par des médecins). Ces questions requièrent évidemment prudence et donc une approche soigneuse et réfléchie.

Je vous remercie de votre attention.

M. LE PRESIDENT. - Je remercie le Père de Dinechin. Chacun, je crois, aura mesuré l'importance du message qu'il vient de nous délivrer.

Pour le Consistoire central, je donne la parole à M. le Rabbin Senior, représentant M. Sitruk, Grand Rabbin de France.

M. SENIOR. - Si vous le permettez, Mesdames et Messieurs, je souhaiterais en préambule, pour illustrer mon propos, évoquer une parabole qui est rapportée dans le Talmud qui, pour la tradition juive, est une source inépuisable d'inspiration et de réflexion et une référence incontournable. Le Talmud rapporte la manière dont Dieu juge l'homme après sa vie terrestre : lorsque l'homme se présente devant Dieu, corps et âme, et que celui-ci veut soit les récompenser, soit les punir, l'âme se défend en disant à Dieu : "si je ne

trouvais pas un prolongement de mes aspirations dans le corps, je n'aurais pas fauté", et le corps rétorque à l'âme : "si ce n'était pas toi qui m'avait inspiré, je n'aurais pas accompli les transgressions que Dieu réproouve".

Alors Dieu leur raconte une histoire en disant qu'un jour, un roi possédait un verger aux fruits savoureux mais ,qu'étant un peu égoïste, il souhaitait que personne ne puisse y goûter. Il avait donc choisi deux gardiens très particulier : un paralytique et un aveugle. Le paralytique voyait mais ne pouvait pas atteindre ; l'aveugle devinait mais il ne pouvait pas voir.

Or un jour, en se rendant dans son verger, le roi se rend compte qu'on avait volé quelques fruits. Il entre alors dans une grande colère et convoque le paralytique et l'aveugle en leur demandant : "qui d'entre vous a volé ?" Le paralytique se défend en disant : "Roi, il est vrai que tous les jours, j'ai envie de ces beaux fruits qu'il y a dans ton verger, mais je ne peux pas les atteindre : je ne peux ni courir, ni marcher, ni me déplacer." Roi se tourne alors vers l'aveugle en lui disant : "alors, c'est toi qui as volé ?", mais l'aveugle répond : "Roi, comment veux-tu que je me dirige ?"

Qu'est-ce qu'a fait alors Roi ? Il a mis le paralytique sur les épaules de l'aveugle et les a jugés ensemble.

Je crois que cette anecdote définit ce que le judaïsme détermine comme étant fondamentalement l'homme. L'homme n'est pas seulement une âme ou un corps. La tradition juive veut évidemment arriver à un épanouissement spirituel, mais elle reste consciente que l'âme qui anime (c'est sa définition) utilise le corps comme un outil de l'expression de ses aspirations spirituelles. A ce titre, mieux un corps fonctionnera, mieux il servira Dieu.

C'est pourquoi je crois que la Synagogue rejoint parfaitement l'Eglise (et certainement celle de la Mosquée, comme le dira tout à l'heure le Recteur Boubakeur) dans sa position vis-à-vis de la douleur. En effet, s'il est vrai que la douleur existe, elle ne doit pas faire l'objet d'abord d'une approche fataliste. On ne peut pas dire que puisque Dieu a décrété l'existence de la douleur dans le corps de l'homme, il faut l'accepter et la subir.

Il est intéressant de noter à cet égard que dans le texte du Pentateuque, qui est l'un des cinq livres de la Torah, vous ne verrez évoquer que deux professions : la première est celle de l'enseignant, celui qui transmet la connaissance ; et la deuxième est celle du médecin. Le médecin apparaît dans la Torah comme étant une alternative pour alléger, voire faire disparaître cette souffrance qui habite inévitablement le corps des hommes.

On sait que dans la tradition juive, la bonne santé est évidemment un signe de bénédiction et que le contraire est un signe non pas de malédiction mais de mal être. En ce sens, lorsque le juif prie, il le fait d'abord pour que son corps fonctionne de manière parfaite pour servir son créateur.

A propos du refus du traitement qu'un médecin peut prescrire, les textes de la tradition juive sont extrêmement sévères. Ils disent que celui qui s'empêche de prendre un traitement que le médecin lui prescrirait serait assimilé à un homme qui perd une vie, qui verse le sang (car verser le sang, dans la tradition juive, veut dire perdre un vie), c'est-à-dire que la négligence qu'un homme observerait au regard de la santé qu'il doit maintenir à son corps est considérée comme une espèce de diminution de la vie ou de forme de mort très lente. Le fait de ne pas conserver sa santé et de ne pas lutter contre les agressions qui peuvent dégrader son corps est considéré (de manière symbolique bien sûr) comme étant une forme de suicide très lent, parce que lorsqu'on réduit sa santé, on ne meurt pas immédiatement, mais c'est une mise à feu très lente, une perspective vers une dégradation définitive, et c'est ce que le judaïsme condamne de manière extrêmement ferme.

La position du judaïsme est donc parfaitement claire. Elle est pour le soin palliatif, pour la médecine préventive, pour la péridurale et pour toutes les formes de soins qui suppriment la douleur.

Mais pour ne pas prendre trop de temps, je voudrais dire que si le judaïsme, dans sa démarche, veut et souhaite la suppression de la douleur, cette démarche ne signifie pas la suppression de la douleur sous sa forme finale. On a évoqué l'euthanasie en filigrane au nom de la suppression de la douleur, et je précise que le judaïsme n'autorise pas la suppression de la vie, même sur la demande du patient qui est dans la douleur.

C'était la brève conclusion à laquelle je voulais vous amener, en précisant que le judaïsme reconnaît l'existence de la douleur, n'en a pas une approche fataliste et tentera, à l'aide du médecin, de la combattre de toutes ses forces.

**M. LE PRESIDENT.** - Je vous remercie, Monsieur le Rabbin.

Je donne la parole à Mme France QUERE, membre du Comité national consultatif d'éthique, qui représente la Fédération protestante de France.

Mme QUERE. - J'ai une jumelle avec moi, car nous avons prévu notre intervention à deux : il s'agit de Mme Inge Ganzevoort, qui interviendra après moi.

Le jour où les religions se sont affinées au point de professer un Dieu unique cumulant les attributs de bonté et de puissance, une écharde s'est plantée dans ces religions-là. D'où vient donc le mal ? Pour disculper Dieu, les vieilles théories religieuses accusaient l'homme d'être le coupable de tous les malheurs qui pouvaient lui arriver. Dans les cas les plus durs, la maladie et la mort survenaient comme punition, et dans les cas les plus bénins, dans les discours religieux, la souffrance avait une valeur rédemptrice et permettait au pécheur de se racheter.

Or il se trouve qu'après tant d'épreuves subies par le siècle le plus turbulent qui soit sur le plan historique, nous ne supportons plus ce type d'explication qui nous renvoie à un Dieu épris de domination, qui ressemble à trop de potentats dont l'histoire s'est ensanglantée.

Après Adorno et les discours d'Emmanuel Lévinasse, nous sommes aujourd'hui saisis par l'horreur de la souffrance et notre lecture du christianisme est celle d'un Dieu qui partage la condition humaine et se réunit tout entier dans le propos de Bonhoeffer disant que seul un Dieu faible peut nous aider.

Mme GANZEVOORT. - J'aimerais faire quelques remarques sur le caractère pervers de la douleur. La douleur est le rappel de notre finitude. Elle est d'abord une parole du corps violente. Or la douleur chaotique va parasiter le corps que je suis et avec lequel je suis pleinement insérée dans la relation du monde. Le caractère pervers de la douleur, c'est que je suis brouillée, claquemurée dans un corps "douleur". A travers l'inflation même que provoque la douleur, tous les souffrants espèrent, sans le savoir peut-être, ne pas être réduits à un objet de soin et de douleur.

Mme QUERE. - C'est pourquoi la logique est de combattre la douleur, et il est bien vrai que le même mot désigne le mal subi et le mal commis. C'est toujours le mot "mal" qui, d'une certaine manière, réunit le bourreau et sa victime dans la même détresse. Donc ôter la douleur, tel est l'objectif déjà énoncé ici.

Or je souligne que la politique française est très en retard, dans les hôpitaux, pour aborder le traitement de la douleur. On n'enseigne pas aux étudiants la nécessité d'affronter la douleur des malades et on ne les prépare pas à l'échéance toute naturelle de la mort, toujours perçue comme un échec.

Ce n'est pas pour aller vers l'anesthésie générale de la société, car il est clair qu'on n'abolira jamais toutes les souffrances qui sont liées à notre condition de finitude. Nous savons d'ailleurs que la souffrance est un terme ambigu : certes, on souffre parce qu'on est malade, mais aussi par amour. Par conséquent, la souffrance est l'accompagnatrice non pas forcément négative mais significative d'une valeur plus haute qu'elle. On souffre aussi parce qu'on travaille ou parce qu'on accomplit des actes de solidarité. Il y a un risque accepté de la souffrance. Y a-t-il donc un sens dans le non-sens de la souffrance ?

Mme GANZEVOORT. - La douleur est cet appel à la relation qui ne peut pas rester sans réponse. Les médicaments et les soins qui soulagent sont autant de mains tendues vers le malade, pour qui la douleur est non seulement un symptôme physique et médical mais souvent le symptôme d'une souffrance, la souffrance d'un être qui doit trouver un sens à ce qui lui arrive parce que sa vie a dérapé de la normalité pour un temps ou pour toujours.

Dans l'expérience d'absurdité dont l'organisme est le support, se pose pour lui la question : pourquoi ?

Mme QUERE. - Pourquoi ? La question a été posée au Christ. Dans le fond, qu'est-ce qui motive notre position sur la souffrance, sinon le chapitre très important de l'aveugle-né dans l'Évangile de Jean (chapitre IX) ? On demande à Jésus pourquoi il est aveugle et si c'est lui ou ses parents qui ont péché. Or Jésus, curieusement, ne donne aucune explication. Il ne dit pas : "il est aveugle parce que" mais : "il est aveugle pour que", c'est-à-dire qu'il ne donne aucune explication de ce mal qui est pour lui aussi énigmatique que pour le tout-venant.

Mais ne pouvant argumenter sur la cause, il va répondre sur les effets. On constate que le sens qu'il donne à la douleur consiste à la supprimer et que dans son ministère, ses actes de guérison répondent à trois critères.

Le premier est l'urgence : même les jours de repos, le sabbat est violé parce que le malade est plus impératif que n'importe quelle loi.

Le deuxième, c'est que toute question théorique sur la souffrance a une réponse d'ordre pratique en se disant : "je ne sais pas d'où vient la souffrance, mais je sais que je la vis".

Le troisième, c'est que le sens de la souffrance va donc toujours être dans la lutte que l'homme va mener contre elle.

Au fond, le non-sens, c'est l'aveugle, et le sens, ce sont les yeux ouverts de l'aveugle.

Mme GANZEVOORT. - Je vais terminer. Je voudrais rappeler la parabole, dans l'Evangile de Mathieu, où on dit : "J'avais faim et vous m'avez donné à manger ; j'avais soif et vous m'avez donné à boire ; j'ai été malade..." et nous aurions envie de continuer en disant : "et vous m'avez soigné ou guéri", mais Jésus continue en disant : "et vous êtes venus vers moi". C'est là l'essentiel : entendre le cri de la personne à travers sa douleur et briser la solitude, c'est déjà mettre en place une sorte de guérison.

Dans ce sens, le malade n'est pas celui qui vit sans Dieu mais celui qui vit sans l'autre. Tout ce qui entrave cette relation doit être pris en compte et traité dans des lieux accueillants, spécialisés ou non, avec des traitements appropriés et du personnel formé. Toutefois, un monde hors souffrance est une illusion. Mais la souffrance accompagnée dans la conscience professionnelle et l'amour ouvre dans ce monde une espérance.

M. LE PRESIDENT. - Je vous remercie. La parole est à M. Dalil Boubakeur, Recteur de la Grande Mosquée de Paris.

M. BOUBAKEUR. - Mesdames et Messieurs, le problème de la douleur dans l'islam peut être analysé sous deux grands aspects : tout d'abord l'aspect théologique et religieux, qui, comme on l'a dit à plusieurs reprises ici, a une résonance particulière en fonction de nos croyances et de notre foi, et ensuite en fonction de la transcendance, c'est à dire que si, dans l'islam, la vie et la mort sont des dons de Dieu, la souffrance l'est également et la douleur est un envoi de Dieu. Dans cette conception, il n'y a pas de maladie ni de douleur sans que son remède soit prévu.

Vous savez que la civilisation musulmane est, à partir des textes sacrés et fondateurs de l'islam, dans une perception beaucoup plus rationnelle héritée de ce que nous pourrions appeler la philosophie gréco-latine et que l'apport d'Aristote, de Platon et de Galien, dans le domaine médical, ainsi que des médecins de la Grèce antique (Rufus d'Ephèse, Eurybase, etc.) ont forgé une tradition médicale forte qui, dès le début de la civilisation musulmane, a permis la construction de véritables hôpitaux modernes pour traiter la maladie, et en particulier dans les travaux du Canon de la médecine d'Avicenne, d'Averroes et de Razes, on retrouve toutes sortes de références au traitement de la douleur et de la traumatologie.

Maintenant, l'autre aspect de la médecine arabe a traité naturellement de la galénique et d'une abondante pharmacopée, où

l'anesthésie et les premiers éléments dérivés de l'opium ou d'un certain nombre de traitements pragmatiques et d'expériences ont vu le jour pour trouver des parades à la douleur.

En ce qui concerne la tradition musulmane, le Coran recommande naturellement, comme dans toute religion, l'endurance et la patience. Le musulman ne se révolte pas ; c'est un décret de Dieu, et il n'est pas de mise qu'un musulman qui soumet sa confiance en Dieu consolateur ne considère pas autrement la douleur que comme une épreuve où sa foi va se manifester par l'endurance et la patience.

Il est dit dans le Coran : "Certes, nous vous éprouvons dans vos personnes par la souffrance, par la faim et la perte de vos biens. A ceux qui, lorsqu'un malheur les frappe, disent : "nous sommes à Dieu et c'est à Dieu que nous retournerons", sur eux s'étendront alors la miséricorde et les bénédictions du Seigneur. Ceux-là sont dans la bonne voie."

Là aussi nous avons de très nombreux versets coraniques où il est dit : "En vérité, Dieu est avec ceux qui endurent".

Du Coran, découle la notion que la souffrance physique doit s'assumer en terme d'endurance et de prière et dans la Sourate relatant la vie de Joseph (Sourate XII), il est écrit (puisque vous savez que le Coran a de très fortes références bibliques) : "Jacob dit, tournant le dos : "Oh ma douleur pour Joseph !" Ses yeux se couvrirent de larmes par l'affliction. Cependant, il domina la souffrance."

Tout le problème pour le musulman qui ressent cette souffrance est donc de la dominer.

La tradition rapporte que le prophète de l'islam, devant la perte de son fils unique (il n'a eu en effet qu'un seul fils, Ibrahim), dit à ceux qui l'entouraient, alors que les larmes coulaient de ses yeux : "le coeur s'afflige, les yeux versent des larmes, mais nous ne disons rien qui puisse irriter Dieu".

Cet attitude de réserve est également un respect pour la volonté de Dieu qui nous éprouve par la douleur ou le malheur, et on ne saurait désespérer de Dieu.

Cependant, il n'excite pas de dolorisme dans l'islam. On peut faire une petite référence à la mystique musulmane : le grand Al-Halej, qui a été l'objet de la thèse de Louis Massignon, est mort dans une souffrance extrême, martyrisé sur une croix en raison de ses errements et de ses exagérations dans le sens d'une identification à Dieu qui est apparue blasphématoire aux musulmans et aux autorités juridiques.



La souffrance a une signification qui, pour nous, relève du mystère de Dieu, et nous n'attribuons pas à cette douleur autre chose qu'une atténuation de la notion du péché. Dans la balance des éléments positifs ou négatifs qui seront en jugement au moment de la résurrection, la douleur, sans avoir cet aspect de rédemption stricto sensu, atténue tout de même les fautes, et il est dit que quelqu'un qui meurt dans un effort de bien aura une rétribution pour cette souffrance, car Dieu est consolateur.

Malgré tout, le musulman, le croyant a une responsabilité, ante mortem, sur son corps, car il est dit dans le Coran : "au moment de la résurrection, les corps parleront et seront témoins du comportement qu'a eu l'âme", puisque nous avons cette dichotomie dans l'islam entre le comportement de cette âme et celui du corps. Cela découle du fait que le soin et le respect doivent être apportés théologiquement au corps. Nous connaissons tous les rites des ablutions, de l'hygiène et de la prévention qui ont été ce qu'on peut appeler une "médecine du prophète". Dans ce sens, le respect intégral du corps a autant de valeur ante mortem que post mortem. C'est pourquoi le statut du corps humain a cette valeur de respect.

Bien entendu, cela permet de déduire que l'euthanasie et le suicide ne sont absolument pas permis, Dieu ayant mis le corps à la disposition vitale de l'être.

Si le suicide est interdit, il est clair que l'euthanasie est également un acte tout à fait prohibé, car c'est Dieu qui donne la vie et c'est Dieu qui la retire. Ni médecin, ni intercesseur, ni demande de malade ne sauraient, dans cette conception, permettre que l'on mette fin, pour une raison ou pour une autre, à cette vie qui est sacrée.

Il est dit dans le Coran : "Gloire à celui qui détient la puissance. Il est le tout-puissant ; il a créé la mort et la vie afin de vous éprouver et de connaître parmi vous le Meilleur dans ses oeuvres. Il est le pardonneur, le sage."

En conclusion, la douleur doit-elle être traitée dans l'islam ? Oui. Elle doit être traitée car elle fait partie de ce cheminement de perfection et de perfectionnement humain dans tous les domaines, qu'ils soient physiques ou spirituels. Ce chemin implique donc le respect du corps et le traitement de tous les affects nocifs et douloureux, et tous les musulmans de France le savent particulièrement.

C'est le dernier point que je veux aborder. Nous savons médicalement que c'est l'homme qui fait la douleur, qu'entre la perception de la douleur et la douleur elle-même, il y a toute l'épaisseur de l'homme, comme l'a dit Leriche, et que c'est à travers la

conception culturelle, les traditions et l'histoire de l'homme qu'une douleur doit être analysée et traduite en souffrance. Par conséquent, la douleur doit être traitée. Dans les situations de transplantation ou d'immigration et dans les problèmes sociaux et affectifs du musulman en France, il est certain que le seuil de souffrance et de douleur est abaissé dans le sens où la sensibilité est supérieure.

A cet égard, on rencontre des éléments que les médecins connaissent parfaitement : la sinistrose, les polyalgies, l'hypocondrie, les stress douloureux, l'angoisse de la mort, etc. Ce sont autant de réalités hospitalières quotidiennes.

Dans le monde musulman, la douleur a une tonalité dépressive et anxieuse, si bien que l'association des analgésiques aux traitements est reçue comme un facteur anti-dépresseur ou anxiolytique.

En ce qui concerne les soins palliatifs, nous venons de tenir très récemment un congrès international francophone dans un pays du Maghreb, la Tunisie, où l'analyse religieuse et médicale des soins palliatifs et d'accompagnement a montré à quel point ils étaient nécessaires et urgents, en appelant toutes les équipes en France et dans le monde à faire ce chemin que Mme Sanders, l'infirmière anglaise, a ouvert il y a une vingtaine d'années.

Mon dernier point, c'est que le traitement de la douleur doit être total. Il n'y a pas, dans l'islam, de frein à un traitement particulier, y compris par les opiacés. Le problème de la dépendance et de cet usage ne se pose pas du fait même qu'il est dit : "nécessité fait loi". Il n'y a donc pas une substance (alcool, opium ou dérivés) qui soit interdite par l'islam lorsque sa prescription s'impose.

Je vous remercie.

**M. LE PRESIDENT.** - Je vous remercie, Monsieur le Recteur. Nous allons passer maintenant aux sociétés philosophiques. La parole est au Docteur Pierre Simon, Passé Grand Maître, en tant que représentant de la Grande Loge de France.

**M. SIMON.** - Nous allons quitter maintenant les hauteurs célestes pour descendre des tables de la loi sur les registres humains, et je vais vous dire, avec la Grande Loge de France, comment le concept de douleur a été entrevu. Le hasard fait que j'ai eu effectivement, pendant une dizaine d'années, à me préoccuper de l'accouchement sans douleur, et c'est donc plutôt en ma qualité d'obstétricien maçon que j'ai eu à analyser ce problème et à tirer les quelques conclusions que je pourrai vous apporter.

Tout d'abord, il faut rappeler que la France avait eu une certaine avance dans ce domaine du traitement de la douleur, obstétricalement parlant (je précise que Geneviève Barrier fut longtemps ma collaboratrice obstétricale dans ce traitement de la douleur), puisqu'au lendemain de la dernière guerre, nous avons d'emblée essayé d'entrouvrir une brèche.

En effet, il était considéré (et l'Ordre des médecins ici représenté en sera témoin) dans la vie médicale française que le fait de donner la vie était un acte sacré et que par conséquent, il y avait une espèce de tour d'ivoire qu'on ne pouvait franchir et au-delà de laquelle la douleur devait être conservée avec son aspect sacralisé (j'ai encore les textes à ce sujet chez moi).

Il se trouve qu'à l'étranger, à cette époque, il y avait une doctrine matérialiste dans un pays marxiste, l'U.R.S.S., où on essayait de montrer quel pouvait être l'impact social sur le physiologique en expliquant que la douleur, en tout cas en matière d'obstétrique, était le fruit d'une socialisation mal adaptée. Il se trouve que je n'en aurais point parlé si les dernières découvertes, qu'on vous aura rapportées au cours de cette journée, à savoir celle des anképhalines, n'avaient finalement pas apporté une explication à cette théorie jadis pavlonienne, explicitée à Leningrad et où j'avais eu le privilège d'aller m'instruire lorsque notre ambassadeur de France, Louis Joxe, nommé par le Général de Gaulle m'avait permis de voir comment pouvait fonctionner ce système : la maternité que dirigeait le Professeur Nicolaiev.

Arrivés en France, nous avons eu un problème pour expliquer que la douleur ne devait pas être figée mais qu'elle pouvait être interprétée, dans un certain sens, comme le fruit d'un désordre social.

A cet égard, j'ai été très intéressé d'entendre tout à l'heure le Père de Dinechin, puisque cette révolution médicale que nous avons voulue en matière de douleur à cette époque fut également l'objet d'un combat philosophique. Pour avoir figuré au sein des troupes, je dois rappeler que les francs-maçons de la Grande Loge de France sont des gens respectueux de la tradition. Nous n'avons pas de dogme, mais la tradition est quelque chose qui se respecte et se définit (comme le respect de la vie) mais, qui plus est, se redéfinit tous les jours à la faveur des connaissances acquises. Par conséquent, oui au respect de la vie, mais définissons la vie au fur et à mesure où on nous la décrit et où nous pouvons essayer de lui apporter une définition différente de celle de nos prédécesseurs.

C'est dans ce cadre que le principe maçonnique, qui est de passer de l'individuel à l'universel, est une loi que nous avons essayé d'appliquer à l'obstétrique et au traitement de sa douleur.

A cette époque (et je reprends vos propos, mon Père), nous avons eu des échanges de vues avec les médecins catholiques qui ne partageaient pas notre avis en cette matière. C'est ainsi qu'entre 1953 et le 8 janvier 1958 (date du discours de Pie XII auquel vous faisiez allusion ; une grande date, comme vous l'avez dit, dans l'histoire de la médecine et de la pensée médicale), il y a eu des controverses sévères. Les médecins accoucheurs obstétriciens catholiques, scucieux de répondre à leur foi, ont très longtemps tergiversé avant que le feu vert ne soit donné par le pape Pie XII.

Bien que je ne sois pas un propagateur de la foi de Pie XII, je pense qu'il a été le dernier des grands papes ayant pu étudier la question et apporter une réponse concise à ce sujet. Son discours aux sages-femmes et aux médecins, le 8 janvier 1958, est un modèle du genre. En effet, il contient à la fois une explication médicale, une étude de la foi appliquée à la morale et une étude de la morale appliquée à la médecine, sujets non encore repris depuis par aucun de ses successeurs.

A l'époque où j'avais été élu Grand Maître de la Grande Loge de France, j'avais été invité par la presse de droite, qui m'avait demandé : "quel discours voulez-vous faire ?", et j'avais répondu : "je vais vous faire l'éloge de Pie XII"... (*rires*). C'est ce que j'ai fait, et j'ai expliqué, en mettant de côté les bévues de Pie XII pendant la guerre (bévues qui avaient été dramatiques), ce qu'était un grand pape et comment on faisait des textes.

L'étudiant que j'étais avait été également traumatisé par les curetages qui se faisaient à l'époque dans les maternités sans anesthésie...

**M. LE PRESIDENT.** - Peut-être pourriez-vous avancer un petit peu...

**M. SIMON.** - Je ne raconterai donc pas la vie des maternités sans anesthésie.

Pour terminer, je reviendrai au centre de la douleur qu'est le cerveau, en disant que si on veut reprendre toutes les explications matérialistes passées, on peut expliquer aujourd'hui qu'étant une sorte de transistor, il a bien capté également les stimuli de la société : il ne faut pas oublier cet impact de la société sur le comportement.

S'il y a eu, ces derniers jours, une grève des anesthésistes, en particulier dans les maternités, c'est parce que la République

refuse de reconnaître le bienfait de la péridurale dans la suppression de la douleur en obstétrique. Il vous appartient à vous, parlementaires, de porter le fer dans la plaie.

Et puisqu'il me faut conclure, je dirai que pour la Grande Loge de France, la souffrance du corps est un problème grave et un trouble introduit dans la cohérence du monde. Donc oui à l'élargissement de la législation concernant la douleur et probablement oui à la suppression du carnet à souches. Et si je puis rendre hommage à mes deux prédécesseurs théologiens, je leur rappellerai le vieux texte qui dit : "Divinum est locus sedare dolorem", c'est-à-dire : "c'est faire oeuvre divine que de calmer la douleur".

M. LE PRESIDENT. - Merci. La parole est à M. Georges Kepenekian, Grand Secrétaire aux affaires extérieures du Grand Orient de France.

M. KEPENEKIAN.- Tout d'abord, merci de votre invitation, qui permet aux associations philosophiques de s'exprimer aussi sur un sujet de cette ampleur. Il est clair que tout ce qui intéresse l'homme nous intéresse, notamment la douleur, qui est inscrite dès la naissance, -nous naissons avec un cri de douleur-. Les psychanalystes ont des interprétations tout à fait intéressantes sur la capacité qu'aura cette première douleur de nous organiser ultérieurement et d'organiser notre psychisme ; si bien que certains hommes et femmes, plus tard, n'auront que la douleur pour s'exprimer. Nous connaissons tous cela aujourd'hui : la douleur comme seule expression, exactement comme les enfants loups n'ont que l'expression de la douleur pour communiquer.

Alors quelle peut être la position d'une obédience comme le Grand Orient de France ? J'allais dire qu'il n'avait justement pas de position. Il n'y a pas, au sein de notre association philosophique, une quelconque attitude autoritaire ou a valeur fondatrice. Au fond, nous nous reconnaissons dans des principes et dans des convictions qui sont autour de nos valeurs, et nous insistons sur la liberté absolue de conscience, laissant chacun, bien entendu, libre d'avoir sa démarche personnelle face à tel ou tel problème.

Il n'en demeure pas moins que la douleur touchant chacun à un moment de sa vie nous intéresse, douleur dont on pourrait discuter (et je pense que vous l'avez fait) dans ses frontières entre la douleur attachée à un organe et la souffrance de l'être en général (mais je n'insisterai pas). J'en veux pour preuve un travail qui date de 1989 et qui avait déjà fait l'objet d'une réflexion de l'ensemble des loges du Grand Orient de France sur la douleur et ses frontières avec l'euthanasie. Pourquoi, aujourd'hui, parlons-nous autant de la douleur ? Il nous semble qu'il faudrait se méfier de deux travers :

premièrement, celui que nous avons vécu au cours des siècles précédents, où la douleur faisait partie du quotidien et ne nous intéressait pas en tant que telle ; deuxièmement, l'attitude qui voudrait ériger la douleur comme une situation devant mobiliser absolument tous nos moyens.

Je pense qu'il n'y a pas de nouvelle douleur comme il y aurait de nouveaux événements. La douleur doit être prise en charge, et je n'ai pas besoin d'insister sur ce point : tout le monde ne peut être que d'accord là-dessus.

Cela dit, il nous importe quand même d'essayer de comprendre pourquoi, alors la morphine a été synthétisée dès le tout début du XIXème siècle, nous en sommes seulement aujourd'hui aux applications courantes, et également de savoir si la morphine est la seule réponse à apporter à la douleur.

Nous avons parlé tout à l'heure, à juste titre, de compassion. Mais au fond, ce que nous reconnaissons, nous, ce serait plutôt une démarche de solidarité qui nous est peut-être plus proche et plus explicite, car il n'est pas sûr que pour aider l'autre, il y ait besoin de souffrir avec lui mais plutôt de lui marquer notre solidarité. Je crois que ce partage de la douleur ne relève pas de nos valeurs.

Alors que dire encore, sinon que je citerai une phrase de Malraux qui disait : "Si on ne sait pas bien définir la dignité, il est facile de définir l'humiliation". Je crois que tout le monde mesure que la situation de souffrance, qu'elle qu'en soit la nature, diminue l'homme et mérite aussi toute notre mobilisation et notre intérêt.

L'autre danger serait de vouloir professionnaliser par trop la prise en charge de la douleur, car cela ne nous amènerait qu'une réponse technique et technicienne que nos sociétés aiment volontiers appliquer pour résoudre les problèmes. Nous pensons que s'il est absolument nécessaire de développer des centres de prise en charge de la douleur (et le docteur Christian Pozzo di Borgo, ancien Grand Maître, qui m'accompagne, est lui même responsable d'un centre de la douleur), cela ne suffit pas et ne serait être la seule réponse à apporter à la prise en charge de la douleur, malgré tous ses côtés positifs.

Il ne faudrait pas (c'est en tout cas une opinion très répandue chez nous) créer de nouveaux centres ou de nouveaux mouiroirs (fussent-ils de luxe) où nous pourrions d'une manière indirecte préparer l'homme douloureux à sa fin prochaine. Si la douleur est très répandue dans la population des cancéreux et, bien entendu, dans les hommes et femmes en fin de vie, elle n'est pas réduite à ces seules situations.

**Vous avez sûrement entendu parler de la douleur de l'enfant, mais au fond, la douleur est au quotidien pour nous tous. Il y a quelques années, un article indiquait que seulement 10 % de la douleur exprimée dans l'institution hospitalière française était prise en charge. Croyez-moi : en tant que praticien et responsable d'une équipe, ce sont des éléments qui donnent à réfléchir.**

**Il est clair qu'aujourd'hui, beaucoup de gens dans nos sociétés continuent de penser que la douleur n'est pas prise en charge. Mais prendre en charge la douleur, c'est aussi faire acte d'humilité. Pour un médecin et pour le corps soignant, c'est être capable d'accepter l'échec. Certaines douleurs ne peuvent pas trouver une réponse dans les améliorations techniques que nous sommes amenés à proposer, et si la douleur n'a pas été prise en charge pendant longtemps, c'est peut-être que nous avons du mal à l'évaluer et à évaluer son amélioration.**

**Je citerai un seul exemple qui m'est arrivé il y a quelques jours : j'ai une patiente remarquable qui souffre énormément d'un cancer, et pour essayer d'évaluer l'efficacité de nos thérapeutiques en matière de douleur, je lui ai demandé tout simplement de se positionner sur une ligne que l'on code de zéro à dix. Or cette dame, qui subit une souffrance profonde, a situé régulièrement le point douloureux en dehors de la ligne, pour bien me signifier par là que je n'arriverais pas à régler le problème de sa douleur.**

**Ce sont des questions qui nous intéressent, et au fond, pour conclure sur ces intéressantes interventions, je dirai que nous nous inscrivons clairement dans la liberté de chacun et dans le respect de l'opinion de chacun, dans l'idée d'une égalité d'accès aux thérapeutiques et aux prises en charge, quelles qu'elles soient, ainsi que dans la solidarité, bien entendu.**

**Je ne pourrai pas terminer sans vous parler de cette valeur républicaine qui nous paraît essentielle : la laïcité, qui permet à chacun, dans cette société, de trouver sa juste place.**

**M. LE PRESIDENT. - Je vous remercie. J'ajouterai simplement que la meilleure preuve que notre groupe d'étude n'a pas voulu apporter une seule réponse technique, c'est que cet après-midi, nous avons eu le grand avantage d'écouter les représentants des autorités spirituelles et des associations philosophiques. Je crois qu'il fallait le signaler, et je veux vous remercier tous et toutes de votre participation. Je crois effectivement qu'au point du débat où nous en sommes arrivés, votre participation était devenue rigoureusement indispensable, parce que parmi tous les problèmes qui se posent dans l'approche du traitement de la douleur, il y a justement un problème de comportement général de la société.**

Je tiens donc à remercier très vivement Mesdames et Messieurs les représentants des cultes principaux de notre pays et Messieurs les représentants des associations philosophiques de leur contribution.

Nous allons maintenant revenir aux problèmes d'ordre pratique du traitement de la douleur, puisque nous avons le plaisir d'avoir parmi nous M. Griscelli, qui est (je crois pouvoir le dire sans exagérer) le plus proche collaborateur de M. le Ministre de la Recherche et des Universités et qui va nous faire part d'un certain nombre d'informations que nous attendons.

Je dois apporter le témoignage qu'avec quelques membres du groupe d'étude, nous avons déjà eu l'occasion de le rencontrer et de travailler avec lui et que nous savons la part qu'il a prise pour faire avancer les choses dans un domaine essentiel qui a été répété toute la journée : le problème de la formation initiale aussi bien que celui de la formation continue.

Cher Monsieur Griscelli, je crois que nous attendons beaucoup de vous.

**M. GRISCELLI.** - Monsieur le Président, Messieurs les Sénateurs, Mesdames, Messieurs, je suis heureux de l'opportunité qui m'est offerte, en représentant aujourd'hui M. François Fillon, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de participer à vos travaux, à vos débats et à vos réflexions sur les traitements de la douleur, un vaste sujet sur lequel nous sommes tous concernés en tant que professionnels de la santé. Comme vous le disiez, Monsieur le Président, je vais revenir à des considérations techniques, puisque j'ai en charge l'enseignement supérieur de la médecine et les recherches médicales au sein du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Au cours des travaux de toute cette journée, vous avez déjà abordé de très nombreuses questions concernant la douleur sous ses différents aspects : la douleur symptôme, qui est souvent la première expression d'une pathologie et dont les caractéristiques guident le diagnostic ; la douleur chronique, lancinante, qui contribue au désarroi et, parfois, au découragement du patient dans la lutte qu'il entreprend dans l'objectif de guérison ; la douleur chronique, parfois sournoise, parfois inavouée ou insoupçonnée, comme celle du petit enfant. Bref, toute une série de situations auxquelles les équipes de soins, médecins et infirmières, sont confrontées et qu'elles doivent prendre en compte au cas par cas, de façon spécifique, pour soulager le patient et lui apporter le confort indispensable.



**Mais ces objectifs sont faciles à concevoir et beaucoup plus difficiles à mettre en oeuvre, car ils sont la résultante de nombreux facteurs liés à l'attention particulière des professionnels de santé, qu'il faut aiguïser sur ce sujet, et liés aussi à la formation (vous en avez beaucoup parlé) des médecins et des infirmières, qui n'est sans doute pas, aujourd'hui, suffisamment bien considérée dans les programmes d'enseignement.**

**C'est sur cet aspect que j'interviendrai, en vous donnant les dernières décisions ou orientations que nous avons élaborées en étroite relation avec le ministère de la Santé (nous attendons M. Philippe Douste-Blazy et je crois qu'il en parlera aussi). Je me permettrai de vous rappeler la complexité des études médicales qui s'échelonnent sur huit à dix années de formation et qui aboutissent à l'exercice de la médecine générale ou des différentes spécialités médicales. La prise en compte de la douleur doit ainsi s'échelonner au cours des trois cycles, de façon successive, en sachant placer les différents éléments de cette formation en harmonie avec le programme d'acquisition de l'ensemble des composantes des études médicales, ce qui n'est pas facile.**

**Au niveau du 1er cycle, le tout jeune étudiant doit acquérir les différents outils qui lui seront nécessaires dans le courant de ses études. Son degré de compréhension est encore limité ou, au contraire, très vaste selon la méthode que l'on utilise. Vous savez que les critères de sélection et d'entrée aux études de médecine étaient, jusqu'à cette année, du domaine des sciences physiques (biophysique, biochimie) et de la biologie.**

**M. François Fillon et M. François Bayrou, ministre de l'Education Nationale, ont tous deux souhaité que les étudiants issus des filières littéraires et économiques du baccalauréat puissent avoir accès aussi aux études de médecine. C'est ainsi que le concours d'entrée aux études médicales comporte désormais un module important de sciences humaines et sociales dont le coefficient est supérieur à 20 % de la note totale du concours. Ce module comporte un enseignement qui est centré sur les grands problèmes de société auquel tout futur médecin sera confronté.**

**Il est fait pour inculquer, dès le début des études de médecine, cette composante essentielle que représentent les relations humaines sous tous leurs aspects, et tout naturellement, cela conduit à introduire dans cet enseignement la douleur et, plus généralement, la souffrance comme l'élément majeur à considérer dans la motivation de l'exercice futur de la médecine.**

**Au niveau du 2ème cycle, où se situe l'abord des différentes pathologies, le ministère de l'Enseignement supérieur et**

de la Recherche, en étroite concertation avec le ministre de la Santé, a voulu revaloriser les fonctions hospitalières des étudiants en médecine.

La qualité des enseignements pratiques assurés à l'hôpital durant le cursus des études de médecine étant primordiale dans la formation des futurs médecins, l'accent est mis désormais sur les contrats pédagogiques de stages hospitaliers, dont le contenu sera précisé dans une circulaire qui sera très prochainement adressée à l'ensemble des doyens des facultés de médecine et des présidents des commissions médicales des établissements hospitaliers par M. François Fillon et M. Philippe Douste-Blazy.

Nous avons cherché à mettre l'accent sur l'intégration générale des enseignements théoriques et des stages hospitaliers afin qu'on retrouve une véritable motivation de l'étudiant et de l'enseignant en reconstituant cet esprit de compagnonnage qui doit rester une règle d'or de la formation de nos centres hospitalo-universitaires.

C'est au lit du malade, aux urgences, pendant les gardes de nuit et, ainsi, au cours de toutes les pratiques médicales concrètes que s'apprend aussi (et non pas seulement d'un point de vue théorique) la prise en charge du traitement de la douleur.

C'est aussi au cours du 2ème cycle que nous demandons l'organisation de séminaires intégrés sur une série de grands thèmes médicaux auxquels tout médecin est obligatoirement confronté (et je précise que ces séminaires seront de fréquentation obligatoire pour l'étudiant), puisqu'il s'agit en quelque sorte de grands problèmes de société comme la dépendance et la toxicomanie, la gérontologie (et on sait que la douleur chez le sujet âgé peut revêtir des aspects particuliers), la génétique (on sait aussi que certaines de ces maladies génétiques entraînent des douleurs chroniques désespérantes), les handicaps physiques et mentaux et leur prise en charge, le sida (et on sait encore combien il est source de souffrance) et la santé publique, mais je suis certain que M. Philippe Douste-Blazy en parlera longuement.

Enfin, au terme du 2ème cycle, le certificat de synthèse clinique et thérapeutique, comme a dû vous en parler longuement M. Queneau ce matin, comporte un module d'enseignement précis sur la douleur. Il se peut qu'il faille renforcer cet enseignement modulaire, et il faut en tout cas certainement que les questions susceptibles d'être posées à ce grand concours qu'est encore l'internat des hôpitaux comporte un nombre suffisant de questions sur ce sujet.

Je constate que ces questions ne représentent que moins de 1 % de l'ensemble des questions préétablies pour le concours de

l'internat. C'est indiscutablement très insuffisant, et nous allons y remédier dans les toutes prochaines semaines.

Je terminerai mes informations sur la formation en vous disant que les enseignements du 3ème cycle, notamment ceux qui s'adressent aux étudiants futurs généralistes, ne sont pas à mon sens suffisamment bien organisés ni suffisamment pris au sérieux. Nous demanderons, dans cette circulaire, que les coordonnateurs des enseignements des médecine générale des différentes facultés de médecine de France réorganisent complètement cet enseignement et introduisent dans les programmes qui se déroulent sur deux années les enseignements précis sur la douleur, comme tout autre grand sujet de la société, le maniement des antalgiques, morphiniques et leurs dérivés et les non-morphiniques.

Enfin, je ne peux manquer, en représentant M. François Fillon, d'aborder la recherche biologique et médicale. M. François Fillon a voulu en faire l'an dernier et cette année une de ses priorités. En ce qui concerne la thérapeutique, on constate l'insuffisance globale de cette discipline, même s'il y en a d'illustres représentants ici présents, qui n'est pas toujours en liaison harmonieuse avec les pharmacologues, cliniciens ou biologistes des unités de formation et de recherche. Je crois donc qu'il faut favoriser fortement ces contacts.

On peut enfin souhaiter que des diplômes d'études approfondies et des diplômes inter universitaires ou encore des capacités soient offerts aux étudiants et aux médecins entrés dans la profession. Alors qu'il existe plus de mille diplômes universitaires organisés en France par les universités, j'ai eu la mauvaise surprise, en préparant ce texte aujourd'hui, de constater que seuls quatre diplômes d'université concernent les soins palliatifs et le traitement de la douleur, ce qui est fort peu.

Certes, 16 U.F.R. de médecine sont concernées dans ces diplômes d'université, mais que dire de ces 27 facultés de médecine qui n'ont pas encore réussi à en organiser un ?

On voit combien il reste à faire pour atteindre le niveau de formation et de recherche sur ce vaste sujet qu'est la douleur. Je remercie à nouveau M. Lucien Neuwirth de m'avoir invité à débattre devant vous sur ce sujet. Je vous fais la promesse que François Fillon fera tout ce qu'il faut pour réduire ces insuffisances dans les prochaines semaines. Il y a là une excellente occasion au moment de la présentation de la circulaire par nos deux ministres.

*Présidence de M. Jean-Pierre FOURCADE*

**M. LE PRESIDENT.** - Je remercie le Professeur Griscelli de tout ce qu'il vient de nous dire, et je constate avec satisfaction que

dès que le Parlement commence à s'occuper d'une question, cela pousse tout le monde à faire des recherches et à s'apercevoir que le problème n'est pas parfaitement traité. Nous allons vraiment multiplier les innovations et les initiatives dans ce domaine, car je ne savais pas, avant que nous vous envoyions l'invitation, qu'il n'y avait que quatre diplômes concernés. J'ai donc pris note de tout cela avec beaucoup d'intérêt.

Mes chers collègues, nous travaillons depuis ce matin, et lorsque, avec le Président Monory, nous avons entamé cette session spéciale de notre Commission, ouverte à un très large public aussi qualifié que compétent, nous avons dit que cette initiative que nous avons prise grâce à Lucien Neuwirth était un dialogue avec le gouvernement et que bien évidemment, il ne nous appartenait pas de nous ériger en tribunal (il y a tellement de gens qui le font en ce moment qu'il ne faut pas faire comme les juges) et de faire ici un certain nombre de condamnations.

Nous avons voulu engager un dialogue avec le gouvernement afin que le traitement de la douleur fasse l'objet d'une action concertée du gouvernement et du Parlement.

M. Douste-Blazy, ministre délégué à la Santé, vieil habitué des travaux de la Commission (puisqu'il vient pratiquement trois quatre fois à chaque session, pour dialoguer avec nous, ou pour présenter ses projets de texte) a accepté de venir clore nos travaux. Avant de lui donner la parole, je vais demander à Lucien Neuwirth, qui est l'initiateur de cette journée, d'en résumer les travaux.

M. NEUWIRTH. - Merci. Monsieur le Président, Monsieur le Ministre, mes chers collègues, Mesdames et Messieurs, au terme de cette journée (qu'il serait insuffisant de qualifier d'"intéressante"), je veux immédiatement exprimer ma reconnaissance tout d'abord à M. Douste-Blazy, dont chacun sait depuis de longs mois combien il se sent concerné personnellement par ces problèmes de la douleur, ainsi qu'à M. Griscelli et, à travers lui, M. Fillon, pour les efforts qui se concrétisent et qui ont été développés et accélérés depuis quelques semaines. Je n'irai pas aussi loin que notre Président en disant que tout cela est dû à l'intervention de notre groupe, mais je sais que celui-ci a permis de réunir des synergies et de mettre en route un mouvement, qui ne s'arrêtera plus désormais.

Je voudrais demander à M. Queneau, dont je rappelle qu'il est le Doyen et le Président du Conseil scientifique et pédagogique du Centre national des concours d'internat, de nous faire un bref commentaire des propos tenus par M. Griscelli.

M. QUENEAU. - Je ne dirai que quelques mots, Monsieur le Président, pour exprimer ma grande satisfaction sur l'ensemble des

trois cycles. Ce que Claude Griscelli a bien voulu dire sur l'internat est absolument capital.

Je ferai simplement une toute petite remarque sur les diplômés inter-universitaires : plusieurs DIU sont communs à plusieurs universités, si bien que le constat est un peu plus positif. C'est ce que je crois personnellement.

En tout cas, je tiens à vous exprimer un grand merci pour des mesures immédiatement applicables.

**M. LE PRESIDENT.** - M. le Ministre va donc maintenant conclure.

**M. LE MINISTRE DE LA SANTE.** - Monsieur le Président, Messieurs les Sénateurs, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir organisé cette journée d'étude. En effet, dès le premier jour de mon arrivée au ministère de la Santé, j'ai voulu vraiment crier très fort l'importance que représentait pour moi cette lutte contre la douleur. C'est un signe très puissant que votre représentation nationale donne ainsi à l'ensemble des malades qui souffrent.

Je tiens donc à remercier tout particulièrement M. Lucien Neuwirth, mais aussi le Président Fourcade, car je sais, pour aller souvent à la Commission des Affaires Sociales, comme il l'a rappelé, qu'il est toujours et avant tout intéressé par l'homme et les problèmes médicaux tout particulièrement.

Je ne reviendrai pas longuement sur le constat que j'avais effectué de ce paradoxe de la situation française, avec, d'un côté, une participation active aux progrès fantastiques réalisés dans la recherche de moyens toujours plus efficaces contre la douleur (et je salue ici en particulier M. Besson, parce que nous avons la chance d'avoir dans ce pays des chercheurs de très haut niveau, parmi les meilleurs dans le monde, et je crois qu'il faut le souligner), et, de l'autre côté, une utilisation de ces moyens encore insuffisante, trop tardive, voire tout simplement négligée.

En effet, vous savez bien que si on estime à 90 % les douleurs d'origine cancéreuse qui pourraient être soulagées, seulement 30 % d'entre elles sont correctement prises en charge.

Dans ce domaine, nous devons donc combler le retard de la France, qui se situe seulement au 39ème rang mondial quant à la consommation des morphiniques (je pense que tout le monde l'a dit ce matin et cet après-midi), ce qui la place loin derrière les pays anglo-saxons et scandinaves.

Bien sûr, si on regarde l'histoire de la douleur, admirablement retracée par Roselyne Rey dans un ouvrage récent, la douleur semble attachée à la vie et à l'histoire de l'humanité, comme l'ombre à la lumière.

Durant longtemps, la douleur a souvent été vécue comme une tragique fatalité, et je me souviens encore des douleurs dentaires que j'ai ressenties lorsque j'avais 10 ou 12 ans ; on me disait : "ça va passer". Dans la France de 1994, cela n'est plus admissible. Le soulagement de la douleur est un droit élémentaire.

Le paradoxe que j'évoquais à l'instant repose à l'évidence sur un manque important d'informations tant chez les médecins que chez le grand public, les méconnaissances suscitant alors craintes et réticences à l'emploi de tel ou tel médicament anti-douleur.

Je souhaiterais, Mesdames et Messieurs les Sénateurs, tout d'abord m'inscrire en faux contre au moins deux idées reçues.

La première consiste à croire que la lutte contre la douleur ne fait qu'améliorer le confort des malades. Supprimer la douleur n'est pas un luxe, mais participe activement à diminuer les effets de la maladie elle-même. C'est l'exemple typique de la sciatique : plus on a mal, plus on est contracté, et l'antalgique permet non seulement de diminuer la douleur mais de décontracter les muscles intervertébraux. Il convient que nous cessions de croire autant à un quelconque intérêt médical de la douleur qu'à sa dimension rédemptrice.

La douleur doit être soulagée à tout prix, car elle est un élément essentiel de l'amélioration de l'état de santé.

La deuxième idée fautive qu'il nous faut combattre est celle que les risques, notamment d'accoutumance, liés à certains médicaments comme les dérivés de la morphine, sont un obstacle insurmontable à la suppression de certaines douleurs. Il est clair désormais que l'accoutumance constitue rarement une entrave à l'emploi de la morphine en cas de cancer.

La majorité des études scientifiques menées sur ce sujet concluent que l'accoutumance à la morphine est d'importance mineure lorsqu'elle est administrée de façon régulière, à horaires fixes. Et même s'il est parfois nécessaire d'augmenter les doses, la peur d'une éventuelle dépression respiratoire n'est pas à redouter, puisque celle-ci ne survient pratiquement jamais lorsque la morphine est donnée par voie orale.

Bien sûr, il convient de ne pas sous-estimer les effets indésirables de ces substances, mais employées à bon escient, elles ne

devraient plus rencontrer la moindre réticence de la part des professionnels de santé.

Pour améliorer la formation des professionnels (car c'est pratiquement le sujet le plus important) et la prise en charge de la douleur, j'ai décidé au début de cette année un certain nombre de mesures.

En janvier dernier, j'ai adressé à tous les établissements de santé une circulaire sur la prise en charge de la douleur chronique. Il s'agissait d'officialiser pour la première fois l'existence et l'organisation des centres anti-douleur dans les hôpitaux.

La description des modes de prise en charge de la douleur chronique place tout d'abord le médecin généraliste comme véritable pivot, comme pierre angulaire du système, car c'est bien lui qui pourra orienter son patient vers des structures spécialisées. Ce matin, on m'a dit : "Monsieur Douste-Blazy, vous êtes un hospitalier et vous voulez faire des centres anti-douleur dans les hôpitaux, mais nous qui sommes en première ligne, nous voulons aussi les soigner". Je vais donc avoir l'occasion, sur le plan concret, de vous dire ce que nous proposons.

La circulaire définit également un cadre d'organisation pour les centres anti-douleur afin d'inciter tous les directeurs d'hôpitaux à faciliter leur développement et la mise à disposition des moyens nécessaires à leur fonctionnement.

Ainsi, nos concitoyens pourront-ils avoir accès à des professionnels compétents et expérimentés et, surtout, à des structures adaptées. De même, les médecins hospitaliers et de ville pourront être mieux aidés dans leur choix thérapeutique.

D'autre part, j'ai adressé en début d'année aux 200 000 médecins et pharmaciens un exemplaire d'une brochure intitulée : "soulager la souffrance", qui rassemble toutes les informations minimales que tout professionnel de santé doit connaître, notamment sur les produits efficaces et leur bon usage. Cette brochure a eu un grand succès, de nombreuses demandes d'exemplaires supplémentaires sont parvenues au ministère et nous avons été obligés de rééditer 65 000 fascicules.

Enfin, parallèlement à la circulaire de janvier 1994, j'avais demandé à mes services d'effectuer un état des lieux des structures de lutte contre la douleur.

Nous savons maintenant combien il y a de structures. Sur 270 établissements qui exercent une activité anti-douleur, 86 répondent aux critères d'organisation consignés dans la circulaire.

**Nous allons donc pouvoir disposer d'une répartition départementale et régionale ainsi que des caractéristiques principales des structures existantes.**

**Ces actions ont été initiées, et j'aurais pu faire ce petit mot il y a trois mois. Maintenant, que faut-il faire ? En effet, c'est maintenant, et grâce à vous, Monsieur le Président, que nous allons pouvoir travailler. Je vois personnellement trois pistes de réflexion que je voudrais vous soumettre.**

**La première consiste à élargir et à préciser encore plus le dispositif de prise en charge mis en place par la circulaire, car la lutte contre la douleur ne se limite pas à la seule douleur chronique rebelle. Il existe actuellement un besoin important de prise en charge des douleurs aiguës et de formation à cette pratique. Je pense que Mme Barrier, qui est ici, sait de quoi je parle. Il est absolument fondamental de prendre en charge ces douleurs aiguës.**

**Il convient donc de renforcer le maillage régional des centres anti-douleur. Chaque centre se verra attribuer un véritable label de centre anti-douleur sur des critères d'évaluation qui seront définis en collaboration avec l'ANDEM. Il n'y a pas de politique de santé publique sans évaluation, donc sans labellisation et sans être sûr que, tous les deux ou trois ans, on remet les choses en cause.**

**De plus, sera imposée l'existence dans chaque région d'au moins un véritable centre de référence d'enseignement et de recherche. Les pôles de références régionaux seront chargés d'assurer l'enseignement sur la lutte contre la douleur et la diffusion de ses pratiques à l'extérieur de leur établissement de rattachement.**

**Ces actions d'enseignement et de diffusion des pratiques de lutte contre la douleur doivent être considérées comme prioritaires, ce qui conduirait notamment à soutenir les hôpitaux qui, dans leur projet d'établissement, en feraient une priorité. En tant que ministre de la Santé, je suis pour regarder les projets d'établissement et aider ceux qui mettront en place un centre anti-douleur qui tient la route. C'est normal.**

**En outre, afin de promouvoir la recherche dans ce domaine et de créer une dynamique d'ensemble, trois ou quatre de ces pôles de référence régionaux pourraient se voir confier au début un rôle de pilote pour qu'on sache plus rapidement ce qui s'y passe. Ils seraient notamment promoteurs et coordinateurs d'études multicentriques.**

**Ma deuxième réflexion, c'est qu'il convient bien sûr de continuer à faciliter l'utilisation des médicaments anti-douleur dérivés de la morphine. Je me dis que si les médecins ne les utilisent**



pas suffisamment, c'est qu'il doit y avoir des causes et que ce n'est pas uniquement du fait de la culture judéo-chrétienne, qui a bon dos. Il doit y avoir d'autres causes pratiques que nous devons analyser.

Il convient de rappeler ici que le problème de l'évolution du carnet à souches est intimement lié au contrôle des produits qui sont éventuellement consommés par les toxicomanes. Il existe depuis longtemps, entre tous ceux qui s'intéressent à la prise en charge sanitaire des toxicomanes, un véritable débat sur les traitements devant ou non nécessiter une prescription sur carnet à souches : sacrosaint débat. Le développement de la politique de substitution que j'encourage actuellement accentue d'autant plus la nécessité que ces mesures d'assouplissement tiennent compte de ce débat.

Sur le carnet à souches, trois améliorations sensibles, que je vous soumets, pourraient être apportées.

- En ce qui concerne tout d'abord sa disponibilité, j'entends demander aux ordres professionnels concernés (qu'il s'agisse des pharmaciens, des médecins ou des dentistes) que lors de l'installation de tout jeune médecin, un carnet à souches lui soit systématiquement envoyé et que le système de renouvellement des carnets soit amélioré pour éviter toute interruption de disponibilité ; une modalité analogue au recrutement des carnets de chèques bancaires pourrait être mise en place.

- En ce qui concerne sa forme, ensuite, après concertation avec les autres professionnels concernés, il pourrait être envisagé, premièrement, de banaliser sa dénomination. J'avoue que lorsqu'on voit : "carnet à souches pour stupéfiants", cela fait plutôt peur. Je pense qu'il faudrait donc simplifier et l'appeler : "ordonnances pour prescriptions spéciales" ou "carnet pour prescriptions spéciales".

Deuxièmement, on pourrait modifier le format du carnet à souches pour le rendre plus maniable et plus petit, de façon à le porter facilement sur soi. Ne croyez pas que je sois un fanatique des chèques, mais un format "chèque" conviendrait très bien.

Quant au nombre de feuilles, il conviendrait de garder les possibilités offertes actuellement, c'est-à-dire 25 feuilles (blanches en ville et roses en consultation hospitalière) et 5 feuilles jaunes pour les prescripteurs retraités. Néanmoins, on pourrait donner la possibilité, pour certains services hospitaliers spécialisés et médecins spécialisés, notamment dans la substitution, d'obtenir des carnets plus importants de cinquante, voire cent feuillets.

- Enfin, sur l'utilisation du carnet à souches, je serais favorable à une saisine de la Commission des stupéfiants et des psychotropes (puisque bien évidemment, il faut passer par elle) afin

quelle étudie la possibilité d'une augmentation de la durée de prescription des médicaments destinés au traitement de la douleur.

Par exemple, la durée de prescription des morphiniques par voie orale retard est aujourd'hui de quatorze jours, ce qui fait que beaucoup de malades sont obligés de revenir uniquement pour cela. Non seulement, ils ont mal, mais en plus, on les fait revenir. On pourrait donc les faire passer de quatorze à vingt-huit jours.

Mais pour éviter au maximum les possibilités de déviation, d'usage et de trafic, l'avis de la Commission pourrait être également requis sur l'opportunité de différencier la durée de prescription et les quantités dispensées par le pharmacien. Par exemple, certains analgésiques pourraient être prescrits pour vingt huit jours mais n'être délivrés que par périodes successives de quatorze jours.

Par ailleurs, dans le même état d'esprit d'éviter les falsifications et notamment le rajout d'un produit, un espace pourrait être prévu pour indiquer le nombre de produits prescrits.

En parallèle à ces dispositions, il conviendrait de travailler rapidement avec les ordres professionnels sur la possibilité de mettre en place un serveur Minitel de recensement des vols du carnet à souches auquel les pharmaciens pourraient être directement reliés.

Enfin, ces propositions pratiques n'auraient aucun impact si elle n'étaient accompagnées d'une campagne d'éducation et d'information des professionnels de santé et, mieux, d'une formation adaptée au cours des études médicales et dans le cadre de la formation continue.

Je suis vraiment très heureux de saluer Claude Griscelli pour le travail effectué par François Fillon, mon collègue de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, parce que je crois, là aussi, que tout commence par là.

En fait, tous les professeurs de médecine parlent évidemment de la douleur. Dans le cas d'un infarctus, on parle de la douleur d'un infarctus, lorsqu'il s'agit d'une sciatique, on parle de la douleur de la sciatique et il en est de même pour une embolie pulmonaire, mais en fait, il serait peut-être préférable d'avoir un enseignement spécifique sur la douleur. Bien évidemment, il faut continuer à faire des cours en parlant de la douleur dans les spécialités, mais on pourrait faire des choses plus spécifiques.

Ma dernière piste de réflexion, sans doute l'une des plus importantes à long terme, concerne la nécessité d'accentuer nos

efforts dans le domaine de l'enseignement initial et de la formation continue.

Comme vous le voyez, Messieurs les Sénateurs, les pouvoirs publics ne se détournent pas du devoir éminent qui est le leur en la matière. C'était important et il fallait que nous le disions : nous l'avons dit il y a un an. Maintenant, grâce à M. Neuwirth et à vous tous, nous pourrions peut-être faire une étape supplémentaire et passer aux choses concrètes, ce qui est le rêve de tout ministre. Merci. *(Applaudissements)*.

**M. NEUWIRTH.** - Monsieur le Ministre, je tiens à vous remercier très profondément et sincèrement de ce que vous-même, avec M. Claude Griscelli, avez annoncé. Je disais ce matin dans mes propos liminaires : "Notre volonté réside dans une mise en route d'actions dont la coordination entre le Parlement, l'exécutif et le secteur de la santé dans son ensemble s'impose pour la réussite. Chaque jour qui passe est un jour de trop pour celui ou celle qui souffre. Mes chers collègues, Mesdames et Messieurs, nous aurons à travailler beaucoup, bien, rapidement et ensemble".

Ce soir, Monsieur le Ministre, ce que vous venez d'annoncer prouve qu'effectivement, en travaillant beaucoup, bien et surtout ensemble, nous pouvons avancer.

A ce sujet, en vous remerciant, je veux remercier les collaboratrices et collaborateurs de vos services avec lesquels nous avons travaillé pendant plusieurs semaines et qui nous ont aidés à parvenir au résultat auquel nous sommes parvenus aujourd'hui, sachant que ce n'est bien entendu qu'un début.

**M. DELGA.** - D'après ce que j'ai entendu tout à l'heure, Monsieur le Ministre, il y a évidemment une carence au niveau de l'enseignement, mais peut-être cela est-il simplement lié au fait que les études médicales qui commencent ne sont pas automatiquement faites moitié à la faculté et moitié à l'hôpital. Excusez-moi, Monsieur le Ministre, mais vous avez vécu cela, ou du moins votre père.

Nous avons commencé en première année de médecine à étudier la sémiologie et à apprendre ce qu'était la vie à l'hôpital, donc à voir les malades souffrir, et nous avons pris conscience à ce moment-là de la douleur.

Je pense donc qu'il serait une bonne chose que les étudiants en médecine commencent leurs études pratiques dès la première année de médecine et non pas seulement en quatrième année.

**M. DOUSTE-BLAZY. - En effet, c'est une question importante. C'est le problème de l'enseignement à l'hôpital. Si nous mettons en place un centre de référence anti-douleur par centre hospitalier universitaire régional (et je souhaite que ce soit fait début 1995), il faudra évidemment que les étudiants puissent y venir dès la quatrième année, puisque c'est maintenant en quatrième année que les stages commencent, étant donné qu'ils sont trop nombreux. C'est fondamental.**

**La médecine ne s'apprend pas seulement dans les livres. Il suffit de prendre sa première garde dans sa vie pour comprendre qu'on a très peur. Cela s'apprend à l'hôpital et c'est le problème du nombre d'étudiants, et surtout le problème du nombre de services de référence anti-douleur. Le jour où on aura des services anti-douleur, on pourra y envoyer des étudiants.**

## **II - LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR**

**Outre les personnalités qui ont été entendues au cours de la journée du 27 octobre 1994, ont été auditionnées par votre rapporteur**

**M. le Professeur HOERNI, Vice-Président du Conseil de l'Ordre des médecins, Président de la section Ethique et Déontologie**

**M. BENECH, Médecin conseil, Caisse nationale d'assurance maladie**

**Mme CODOS, sous-directeur et M. ROUSSEAU, chef du bureau au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville**

**M. le Docteur BRASSEUR, Groupe d'étude et de recherche sur la douleur**

**M. LAGIER, Président de la commission des stupéfiants et psychotropes**

**Mmes GOLFOUS et JACQUOT-DAVID, sous-directeurs au Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville**

**M. le Doyen GUINAUD-CHAUMEIL et M. BENARGOU, Conférence des doyens**

**Mme BARON, Inspecteur en chef de la Pharmacie et M. LACOMBE, Pharmacien inspecteur général de la santé publique**

**Mme GUTTON, Agence du Médicament**

**M. le Docteur SERRIE, Département de diagnostic et de traitement de la Douleur, Hôpital Lariboisière**

**M. le Professeur LECHAT, Académie de pharmacie**

**M. le Docteur BRUXELLES, Hôpital Cochin**

**Mme HUGUET, maître de conférences à l'Université Paris XI**

**Mme SALLAMAGNE, Présidente de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs**

**M. NORES, praticien hospitalier à l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches**

## **Remerciements**

**Votre rapporteur souhaite remercier les auteurs qui, à l'occasion de leur audition, lui ont remis les ouvrages suivants :**

**M. Jean-Marie BESSON**

**La douleur - Odile Jacob (1992)**

**MM. Patrice QUENEAU et Gérard OSTERMANN,**

**Le Médecin, le patient et sa douleur - Masson (1994)**

**Mme Marie GAUVAIN PIQUARD**

**La douleur chez l'enfant - Springer (1993)**

**Dr Michèle H. SALLAMAGNE, E. HIRSCH**

**Accompagner jusqu'au bout de la vie - Editions du Cerf (1992)**

**Dr. Alain SERRIE et C. THUREL**

**La douleur en pratique quotidienne - Arnette (1993)**

### **III - EXAMEN DU RAPPORT EN COMMISSION**

#### **(Synthèse des débats)**

**Réunie sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission a examiné le rapport de M. Lucien Neuwirth, président du groupe d'études des problèmes posés, en France, par le traitement de la douleur.**

**M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a indiqué que la France disposait d'un des systèmes de soins les plus performants au monde et universellement reconnu pour la fiabilité de son art de guérir. Il a cependant observé que notre système de soins n'évaluait pas bien et ne traitait pas suffisamment la douleur de ses patients.**

**Les médecins disposent, pour combattre la douleur, de méthodes et de thérapeutiques qui, si elles sont le plus souvent fondées sur des molécules découvertes il y a fort longtemps, présentent une efficacité certaine. Pourtant, notre pays, si fort consommateur de psychotropes, est très en retard pour l'utilisation d'antalgiques majeurs et certaines douleurs spécifiques sont peu ou mal prises en charge.**

**Il a indiqué à cet égard que la consommation d'antalgiques majeurs constituait un indicateur partiel, mais fiable, de la manière dont un système de santé prenait en charge la douleur des patients.**

**Il a cité les résultats d'une étude effectuée par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) qui montrait que les antalgiques sont les médicaments les plus consommés en un mois.**

**La consommation d'antalgiques majeurs est toutefois très faible : la France se situait, à la fin des années 1980, au 39ème rang des nations, à un rang comparable à celui des Seychelles, de l'Inde, de Malte ou des Bahamas. Parmi les pays industrialisés, seul le Japon en consomme moins que la France. Sans être de gros consommateurs, l'Italie et l'Espagne figurent pourtant avant la France dans ce classement.**

**Certes, la consommation de morphiniques dans notre pays est en progrès. Elle demeure cependant notoirement insuffisante et place notre pays à un rang qui n'est pas en rapport avec le niveau de notre système de santé.**

**M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a estimé que certaines douleurs spécifiques n'étaient pas suffisamment traitées par notre système de santé ; il a ainsi évoqué les douleurs cancéreuses, les douleurs liées au Sida, les douleurs de l'enfant ou du sujet âgé et les douleurs post-opératoires.**

**Il a ensuite examiné les causes de cette situation.**

**Les initiatives hospitalières sont souvent courageuses, mais peu nombreuses ; elles rencontrent de surcroît de nombreuses difficultés de fonctionnement. Les traitements ne sont pas tous pris**

en charge par la sécurité sociale, en raison notamment de l'absence de chapitre consacré à la prise en charge de la douleur dans la nomenclature. L'industrie pharmaceutique ne semble pas considérer que la recherche sur les antalgiques majeurs constitue une priorité. Il n'a d'ailleurs pas été possible d'obtenir de chiffres à ce sujet de la part de l'industrie pharmaceutique. L'attitude des patients est parfois ambiguë, hésitant entre nomadisme médical et résignation. Tous les sondages effectués auprès des médecins montrent que la réglementation de la prescription et de la délivrance des antalgiques majeurs est dissuasive. La lutte contre la douleur a longtemps pâti, dans notre pays, de l'absence de réponse satisfaisante apportée à la question du traitement des toxicomanes par substitution.

Surtout, la formation des médecins, des infirmières et des personnels paramédicaux est insuffisante et trop fragmentée. C'est là l'essentiel ; tant que, dans nos facultés, un enseignement spécifique de la douleur ne sera pas effectué, sa prise en charge sera lacunaire.

Avant de soumettre ses propositions, M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a rappelé l'important travail accompli depuis la création du groupe d'étude. Il a indiqué que la journée du 27 octobre, par le retentissement qu'elle a eu, avait contribué déjà à faire évoluer les choses. Elle a conduit MM. François Fillon et Philippe Douste-Blazy, chacun pour son ministère, à prendre des engagements concrets. L'amendement qui a été adopté le 17 novembre dernier obligera, pour sa part, tous les établissements de santé à réfléchir aux moyens qu'ils pourront mettre en oeuvre pour améliorer, en leur sein, la prise en charge de la douleur. Ils devront les inscrire dans le projet d'établissement.

Il a ensuite formulé plusieurs propositions :

- instituer, dans chaque faculté de médecine, un "coordonnateur douleur", qui serait un enseignant plus particulièrement chargé de coordonner l'approche du traitement de la douleur dans les différentes matières enseignées ;

- inciter au développement de la formation continue des médecins ;

- développer le nombre de diplômes universitaires consacrés à la douleur ;

- individualiser l'enseignement de la douleur dans la formation des infirmiers, des psychologues et des masseurs-kinésithérapeutes ;

- organiser une campagne d'information auprès des personnels des établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ;

- mettre en place, pour la douleur, un comité réunissant les médecins qui acceptent de coordonner leur pratique, à l'image des comités de lutte contre les infections nosocomiales ;

- désigner, au sein de l'établissement de santé ou de l'établissement pour personnes âgées, une sorte de coordinateur de la lutte contre la douleur qui pourrait être un médecin, une infirmière



ou même un membre du personnel administratif dans les établissements non médicalisés accueillant des personnes âgées. Son nom pourrait apparaître dans les documents remis aux familles lors de l'admission.

A cet égard, M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a indiqué que le président de la commission des finances et le rapporteur général avaient donné leur accord pour contribuer au financement des centres de référence pour la prise en charge des patients, la formation et la recherche sur la douleur.

Après avoir rappelé que le ministre délégué à la santé avait annoncé des mesures tendant à améliorer le carnet à souches, le rapporteur a observé que plusieurs évolutions très prochaines de notre système de santé devraient permettre de trouver d'autres solutions : il s'agit du dossier médical et du codage des actes et des prescriptions.

Il a rappelé que le Parlement avait déjà inscrit, dans la loi, le principe de la généralisation du dossier médical, généralisation qui sera réalisée progressivement, par catégories de patients et qu'il serait souhaitable que l'une des catégories qui en bénéficie le plus rapidement soit constituée par les personnes se voyant prescrire des produits opiacés.

En conclusion, M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a rappelé les propos tenus par le Père de Dinechin au cours de son audition du 27 octobre dernier, propos qui montrent bien que l'idée selon laquelle l'Eglise catholique ne serait pas très favorable à la prise en charge de la douleur résultait d'un malentendu.

M. Claude Huriet a indiqué qu'il appréciait la présentation de ce rapport et a félicité le rapporteur pour la conviction qui l'animait. Il a cependant fait part de sa crainte que les Français, à la lecture du rapport, aient le sentiment que l'on ne s'était pas préoccupé de prendre en charge leur douleur. Affirmant qu'il redoutait que le constat du rapporteur soit exact, il s'est interrogé, tout en précisant que sa démarche n'était pas la manifestation d'un quelconque corporatisme, sur l'opportunité d'alerter les Français.

Il a cependant déclaré faire siennes les conclusions du rapporteur.

Mme Hélène Missoffe a fait part à ses collègues d'un entretien qu'elle avait eu avec un médecin qui s'intéressait particulièrement aux soins palliatifs, qui lui a affirmé que la prise en charge de la douleur ne s'améliorerait pas dans notre pays tant qu'existerait le carnet à souches.

Mme Joëlle Dusseau a indiqué qu'elle préférerait que le rapporteur dise : "la douleur aiguë peut contribuer au diagnostic" plutôt que : "la douleur aiguë contribue au diagnostic" et qu'il n'était pas opportun de rappeler que la consommation de morphiniques en France était voisine de celle des Seychelles ou des Bahamas. Elle a évoqué l'utilisation aux Etats-Unis de "poupées thérapeutiques" qui contribuaient à mieux évaluer la douleur de l'enfant. Elle a estimé qu'il convenait de réaffirmer la nécessité du développement des recherches sur la douleur et sa prise en charge. S'adressant à

**M. Claude Huriet, elle a déclaré comprendre que les médecins puissent réagir sans enthousiasme à la publication de ce rapport ; elle a cependant estimé que l'amélioration de la prise en charge de la douleur en France passait par un choc psychologique.**

**M. Louis Boyer, évoquant une étude sur la consommation de médicaments citée par le rapporteur, a indiqué que la notion de "boîtes vendues" n'était pas pertinente pour apprécier son niveau. Il a souligné les inconvénients du carnet à souches et de la réglementation de la durée de prescription des morphiniques qui contraignent, par exemple, certains cancéreux à se déplacer pour consulter leur médecin chaque semaine à la seule fin de se voir prescrire des antalgiques majeurs.**

**M. François Delga a estimé que l'on traitait très bien la douleur post-opératoire dans notre pays, et que le fait que la France se situe au 39ème rang mondial pour la consommation de morphiniques ne signifiait absolument pas que notre pays soit en retard dans le domaine de la prise en charge de la douleur.**

**M. Charles Metzinger a indiqué que la présentation du rapport l'avait beaucoup éclairé dans ses réflexions sur le sujet. Il a constaté que la création du groupe d'étude avait déjà conduit deux ministres à prendre des engagements et qu'un amendement avait déjà été adopté par le Sénat. Il a indiqué que, si ce rapport devait ainsi contribuer à modifier la législation et la réglementation et à faire évoluer les comportements, sa publication constituerait un événement important.**

**Il a déclaré comprendre la réaction de ses collègues médecins, mais a estimé qu'elle ne saurait être considérée comme un obstacle à l'action entreprise par le groupe d'étude.**

**M. Jean Chérioux a fait siens les propos de M. Charles Metzinger, qu'il a qualifiés de très mesurés. Il a indiqué qu'il ne convenait pas d'engager de polémiques et que "la guerre de l'opium" n'aurait pas lieu au sein de la commission.**

**Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis a estimé qu'il ne fallait pas laisser penser aux Français que les médecins n'agissent pas, même si l'on peut s'interroger sur le fait qu'ils agissent bien ou pas. Elle a rappelé qu'au cours de ses études de médecine, elle avait appris que la première chose à faire en cas d'infarctus du myocarde était de calmer la douleur par la délivrance de morphiniques. Elle a indiqué que, si le corps médical se sentait attaqué, aucun résultat ne serait atteint. Elle a estimé que les travaux du groupe d'étude avaient été très intéressants mais que la mise en oeuvre des propositions qu'il formulait se heurterait à la faiblesse des moyens accordés à l'hôpital, en raison des orientations restrictives de la politique hospitalière menée par le Gouvernement.**

**M. Claude Huriet a estimé qu'il conviendrait de ne pas en induire l'idée selon laquelle il existait un droit à ne pas souffrir.**

**Répondant aux orateurs, M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a rappelé que la première phrase de son rapport indiquait que la fiabilité de notre système de soins était universellement reconnue. S'adressant à M. Claude Huriet, il a**

**indiqué que la douleur, en France, avait été banalisée et qu'il convenait désormais que son traitement le soit aussi. Il a fait siens les propos de Mme Hélène Missoffe et de M. Louis Boyer au sujet du carnet à souches. Il a indiqué à Mme Joëlle Dusseau qu'il ne mentionnerait pas dans son rapport les pays qui se situent au même niveau que la France en matière de morphiniques.**

**Mme Hélène Missoffe a indiqué que le problème de la prise en charge de la douleur constituait un aspect d'un sujet plus large qui est celui de l'accueil du patient. M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a indiqué qu'il partageait pleinement ce propos.**

**M. Jean Chérioux ne s'est pas déclaré favorable à la constitution de centres de soins palliatifs dans lesquels les malades, en particulier ceux qui sont atteints du VIH seraient concentrés. En effet, la vue de patients qui se situent à un stade très avancé de la maladie peut être très cruelle pour des malades qui n'en sont pas arrivés à un tel stade.**

**M. Jean-Pierre Fourcade, président, a estimé qu'il convenait de faire des efforts de formation non seulement en direction des médecins, mais aussi de tous les membres de l'équipe médicale.**

**M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a fait siens les propos tenus par les deux orateurs.**

**Le rapport a été approuvé à l'unanimité, le groupe communiste s'abstenant pour affirmer son désaccord, non avec ses conclusions, mais avec la politique de santé conduite par le Gouvernement.**

## **TRAVAUX DU SÉNAT**

**(Extraits du Journal Officiel)**

### **I - QUESTIONS D'ACTUALITÉ AU GOUVERNEMENT**

**(Séance du 13 octobre 1994)**

**M. LE PRÉSIDENT.** - La parole est à M. Neuwirth.

**M. Lucien NEUWIRTH.** - Monsieur le Président, monsieur le Premier ministre, madame, messieurs les ministres, mes chers collègues, de récentes études viennent confirmer le constat que font, chaque année, des centaines de milliers de nos compatriotes, à savoir que notre système de soins n'évalue pas bien et ne traite pas suffisamment la douleur des patients, quelle que soit d'ailleurs l'origine de cette douleur.

Vous le savez, notre pays se situe au 40ème rang pour la prescription des morphiniques et selon une enquête récemment réalisée par le GERD, seulement 35 % des douleurs seraient complètement prises en charge. Dans le même temps, les centres anti-douleur constitués en milieu hospitalier et malheureusement insuffisamment nombreux rencontrent de notoires difficultés de fonctionnement d'ordre administratif et financier.

Les conséquences de cette situation sont appelées, hélas ! à s'aggraver avec la progression du nombre de malades atteints du sida.

Les enjeux de la question du traitement de la douleur sont d'abord d'ordre éthique. En effet, il est intolérable de laisser souffrir des malades qui, sans risque de toxicomanie dérivée, pourraient voir leur douleur apaisée. De même, il faut savoir que c'est la douleur de fin de vie qui est le plus souvent à l'origine des demandes d'euthanasie.

Les enjeux sont ensuite d'ordre financier, car les douleurs chroniques, en particulier, ont des conséquences sur l'activité économique, ainsi que sur les dépenses de l'assurance maladie.

Monsieur le ministre, nous n'ignorons pas l'action que vous avez entreprise depuis votre entrée au gouvernement, ni votre volonté d'y apporter les prolongements qu'il conviendra.

En créant, sur l'invitation de la commission des Affaires sociales, un groupe d'études consacré aux problèmes posés, dans notre pays, par le traitement de la douleur, le Sénat souhaite avoir une réflexion et faire des propositions susceptibles d'aider le Gouvernement à progresser dans ce domaine -c'est notre souhait, et à régler ainsi un problème qui ne peut être résolu que par des soins palliatifs, car, au-delà de la douleur, se pose aussi le problème essentiel de l'accompagnement.

La douleur n'a pas de camp. Nous avons tous été, ou nous serons tous confrontés, un jour ou l'autre, à ce problème. Ne pensez-vous pas que, à l'heure des nouvelles techniques désormais maîtrisées, les temps sont venus, grâce aux moyens dont nous disposons et à une action que nous souhaitons commune, d'apporter dès maintenant une réponse tant attendue ? (*Applaudissements sur les travées du RPR, des Républicains et Indépendants, de l'Union centriste, du RDE, ainsi que sur les travées socialistes.*)

**M. LE PRÉSIDENT.** - La parole est à M. le ministre.

**M. Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre délégué à la santé.** - Monsieur le sénateur, la question que vous posez est capitale pour la santé publique. Mme Veil et moi-même en avons fait une priorité du Gouvernement.

Il est vrai que notre pays est au quarantième rang pour la prescription de morphiniques. Il est vrai aussi que 70 % des douleurs cancéreuses pourraient être évitées. Il est vrai enfin que, pour beaucoup de malades, pour beaucoup de professionnels aussi, la douleur est considérée comme une fatalité à connotation rédemptrice.

Il faut que cela cesse.

Nous proposons trois séries de mesures.

La première consiste à créer des unités spécialisées dans la lutte contre la douleur dans les centres hospitaliers universitaires et dans les centres hospitaliers généraux, avec des spécialistes de la douleur. A cet effet, nous avons, voilà maintenant douze mois,

**adressé une circulaire aux directeurs des hôpitaux. Huit structures commencent à se mettre en place.**

**La deuxième série de mesures concerne la formation des professionnels. Aujourd'hui, les études médicales, qui durent sept années, ne comportent aucun enseignement spécifique à la lutte contre la douleur. Le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, M. Fillon, et moi-même mettons actuellement en place un module de troisième cycle afin d'assurer un tel enseignement.**

**La troisième série de mesures a trait à la formation des professions de santé. Récemment, nous avons distribué 280.000 brochures à des médecins et à des pharmaciens pour leur indiquer quelles étaient les nouvelles technologies et les nouveaux médicaments auxquels vous avez fait allusion.**

**Enfin -ce sera ma conclusion- nous nous réjouissons qu'un groupe sénatorial se spécialise sur ce sujet et, bien sûr, le Gouvernement s'associera à son travail. (*Applaudissements sur les travées des Républicains et Indépendants, du RPR et de l'Union centriste, ainsi que sur certaines travées du RDE.*)**

## **II - DISCUSSION DU PROJET DE LOI N° 45 (1994-1995) PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS D'ORDRE SOCIAL.**

**(Séance du 17 novembre 1994)**

**Par amendement n° 67 rectifié, M. Neuwirth propose d'insérer après l'article 8, un article additionnel ainsi rédigé :**

**"Dans la section 1 du chapitre premier A du titre premier du livre VII du code de la santé publique, il est inséré, après l'article L. 710-3, un article L. 710-3-1 ainsi rédigé :**

**"Art. L. 710-3-1 - Les établissements de santé mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement visé à l'article L. 714-11.**

**"Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale des médecins et diffusent les connaissances acquises en vue de permettre la réalisation de cet objectif en ville comme dans les établissements."**

**La parole est à M. Neuwirth.**

**M. Lucien NEUWIRTH. - Mes chers collègues, cet amendement, qui tend à insérer un nouvel article dans le chapitre de la loi hospitalière consacré aux droits des malades, comporte deux volets.**

**Le premier impose aux établissements de santé une obligation de prise en charge de la douleur des patients qu'ils accueillent. S'il laisse les établissements libres de déterminer la méthode la plus adaptée pour lutter contre la douleur, ce qui est leur mission, il lui fait en revanche obligation de l'inscrire dans le projet d'établissement, ce qui est essentiel. Ainsi, les établissements disposeront enfin d'une base légale pour créer des centres anti-douleur ou pour retenir toute autre formule destinée à prendre en compte cette obligation dans le cadre de leurs activités.**

**Le second volet concerne la formation des médecins. Il est prévu que les centres hospitaliers et universitaires devront, non seulement former les futurs médecins à la prise en charge de la douleur, mais aussi diffuser les connaissances auprès des médecins en activité.**

Pour résumer, cet amendement donne un fondement législatif, en ville comme à l'hôpital, au droit du malade à la prise en charge de sa douleur.

**M. LE PRÉSIDENT.** - Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre délégué.** Bien sûr, le Gouvernement est favorable à cet amendement. Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour féliciter très chaleureusement M. Neuwirth pour l'action qu'il mène dans le domaine de la lutte contre la douleur.

C'est un constat qui s'impose, notre pays accuse aujourd'hui un retard certain dans la lutte contre la douleur. Ainsi, nous occupons le trente-neuvième rang mondial pour la prescription de produits morphiniques.

M. Neuwirth nous propose de mettre en place dans les hôpitaux des centres anti-douleur, que j'appellerai centres de référence. Cette initiative permettrait enfin de traiter les douleurs chroniques qui durent plus de six mois et qui occupent une place particulièrement importante dans les soins palliatifs et dans l'accompagnement des patients qui, atteints du cancer ou du sida, sont en phase terminale.

Nous sommes ici un certain nombre à avoir fait des études médicales et aucun d'entre nous n'a reçu de cours spécifiques consacrés à la lutte contre la douleur. A l'occasion de l'étude de l'infarctus du myocarde, on parle de la douleur de l'infarctus comme on parle de la douleur de la fracture de la jambe à l'occasion d'un cours sur la fracture de la jambe. C'est tout.

Or, compte tenu aujourd'hui du nombre des moyens thérapeutiques nouveaux, il est important, me semble-t-il, de développer, avec le concours du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, une complémentarité pour que, dès la prochaine rentrée scolaire, des heures soient consacrées à cet enseignement spécifique. Il en est de même pour la formation médicale continue.

Mesdames, messieurs les sénateurs, le moment est historique. Pour des raisons d'ordre culturel, notre pays n'a pas pris l'habitude de considérer la douleur, et les préventions sont grandes à l'égard des traitements anti-douleur. A titre d'exemple, on a toujours peur que les patients s'habituent à la morphine. Or, on sait très bien que la morphine administrée *per os*, par voie buccale, n'entraîne aucune assuétude. Voilà ce qui pourrait être enseigné aux médecins ou aux étudiants en médecine.



**Par conséquent, monsieur le président, c'est, bien entendu, avec un grand "oui" que nous acceptons cet amendement que la Haute Assemblée s'honorera d'adopter.**

### **III - DISCUSSION DU PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 1995**

#### **A. CRÉDITS CONSACRÉS À L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET À LA RECHERCHE**

**(Séance du 5 décembre 1994)**

**M. Lucien NEUWIRTH. - Monsieur le ministre, vous avez tout à l'heure débuté votre propos en affirmant votre volonté de tendre désormais vers le qualitatif. Eh bien, j'irai justement dans ce sens puisque je veux traiter ici, tout simplement, de la qualité de la vie !**

**Au reste, vous ne serez pas surpris du sens de mon intervention. Vous le savez, le Sénat a adopté un premier dispositif concernant la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé.**

**Cette décision était la suite d'un constat aussi irréfutable que navrant, à savoir que notre pays accuse aujourd'hui un retard inacceptable, par rapport au reste du monde, dans la lutte contre la douleur.**

**Au moment où le concours d'accès aux études de médecine comporte un module important de sciences humaines et sociales, en partie centré sur les grands problèmes de société auxquels le futur médecin sera confronté, il apparaît évident que le traitement de la douleur est l'un des éléments prioritaires à retenir, ne serait-ce que dans ce seul cadre.**

**Votre collègue M. Douste-Blazy le reconnaissait à cette tribune la semaine dernière : "Nous sommes ici un certain nombre à avoir fait des études médicales et aucun d'entre nous n'a reçu ces cours spécifiques consacrés à la lutte contre la douleur. Or, compte tenu aujourd'hui du nombre de moyens thérapeutiques nouveaux, il est important de développer, avec le concours du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, une complémentarité pour que, dès la prochaine rentrée scolaire, des heures soient consacrées à cet enseignement spécifique. Il en est de même pour la formation médicale continue."**

**Je sais que, dès le deuxième cycle, où l'on aborde les différentes pathologies, vous avez la volonté, en étroite concertation avec le ministère de la santé, de revaloriser les fonctions hospitalières**

**des étudiants en médecine en insistant sur la nécessaire intégration générale des enseignements théoriques et des stages hospitaliers.**

**Vous avez raison de vous engager dans cette voie, car c'est aussi au lit du malade, pendant les gardes de nuit, aux urgences que s'apprend une complète prise en charge du traitement de la douleur, quelle que soit son origine ou son expression.**

**Il s'avère ainsi indispensable qu'au terme du deuxième cycle comme au concours de l'internat des hôpitaux un nombre adéquat de questions concernant la douleur et les soins palliatifs soient posées. Or, aujourd'hui, ces deux matières représentent moins de 1 % de l'ensemble des questions préétablies.**

**De la même façon, alors qu'il existe plus de mille diplômes universitaires différents en France, seuls quatre d'entre eux sont consacrés aux soins palliatifs et au traitement de la douleur, préparés dans seize UFR sur quarante-trois.**

**Ceci explique donc cela.**

**Il est bien connu que les équipes de soins -médecins, infirmiers, kinésithérapeutes- sont de plus en plus souvent confrontées à des formes de douleurs multiples, d'origines diverses, auxquelles s'ajoutent aujourd'hui celles du Sida, qu'elles ne savent pas prendre en charge, voire prendre en considération, par manque de formation.**

**C'est pourquoi j'insiste pour que, dans le cadre de la rénovation des études, il soit bien prévu que la douleur et les soins palliatifs feront l'objet dans chaque module ou dans l'enseignement de chaque spécialité -chaque spécialité a ses douleurs spécifiques- non seulement d'un enseignement complémentaire mais aussi de séminaires obligatoires, étant entendu que ces thèmes figureront aux épreuves des concours de l'internat.**

.....  
**M. François FILLON, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. - ...M. Neuwirth a abordé un sujet qui lui est cher et à propos duquel il mène un combat que je crois extrêmement utile : il s'agit de faire en sorte que, notamment dans l'enseignement supérieur, la prise en compte de la douleur par les médecins sont désormais une réalité.**

**J'ai souhaité que soit introduite dans les programmes de première année de médecine une formation en sciences humaines et en sciences sociales, qui doit susciter, chez les étudiants, une réflexion sur leur future pratique face aux grands problèmes de la société. C'est**

dans ce cadre que s'inscrit l'approche de la douleur et, plus généralement, de la souffrance.

J'ai également voulu que les stages hospitaliers soient valorisés, en proposant une organisation plus rigoureuse de ceux-ci et en leur assignant des objectifs plus précis. Tout étudiant en médecine sera amené à prendre encore mieux conscience, au cours de ces stages, de la dimension humaine de la médecine.

Nous avons demandé aux doyens des facultés de médecine que la formation sur la douleur et les soins palliatifs fassent l'objet d'une attention particulière au cours d'un séminaire obligatoire sur la prise en charge des handicaps physiques et mentaux.

M. Lucien NEUWIRTH. - Très bien !

M. François FILLON, *ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche*. - En outre, au cours des trente-six gardes que tout étudiant en médecine doit assurer sous la responsabilité d'un aîné et qui constituent une formation progressive, la douleur est, à l'évidence, au coeur de la démarche médicale.

Enfin, mon ministère favorisera la création de diplômes d'université et de capacités sur la douleur et les soins palliatifs ; nous avons déjà prévu avec le ministère de la santé, d'inscrire, dès le prochain concours d'internat, des questions sur ce sujet.

M. Lucien NEUWIRTH. - Parfait !

M. François FILLON, *ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche*. - Nous répondons ainsi, monsieur le sénateur, le mieux possible, me semble-t-il, au voeu que vous avez exprimé lors du colloque extrêmement intéressant que vous avez organisé et présidé au Sénat.

## **B. CRÉDITS CONSACRÉS AUX AFFAIRES SOCIALES ET À LA SANTÉ**

**(Séance du 9 décembre 1994)**

**M. Lucien NEUWIRTH.** - Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues, j'interviendrai brièvement sur le sujet qui, vous le savez, me préoccupe, à savoir la prise en charge généralisée du traitement de la douleur.

Nous avons créé, ici, au Sénat, un groupe d'étude consacré aux problèmes posés, dans notre pays, par cette prise en charge afin de progresser sur un sujet qui concerne chaque année des centaines de milliers de nos compatriotes.

A cet égard, je tiens à vous remercier, madame le ministre d'Etat, pour le soutien que vous avez accepté de nous accorder et vous, monsieur le ministre, pour la façon dont vous savez tenir vos engagements.

Constitué le 13 octobre dernier, le groupe d'étude a déjà beaucoup travaillé. La journée d'auditions qu'il a organisée avec la commission des affaires sociales, par son retentissement, nous a déjà permis d'avancer. Elle a notamment conduit M. le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et vous-même, monsieur le ministre délégué à la santé, à prendre un certain nombre d'engagements.

Le premier de ces engagements concerne l'aménagement des études médicales que le Gouvernement entend mettre en oeuvre. Il s'agira, notamment pour tous les futurs médecins, de la participation à des séminaires consacrés au traitement de la douleur. En outre, des questions sur ce thème seront désormais posées au concours de l'internat. Or, nous le savons tous, pour l'avoir pratiqué, les étudiants sont ainsi faits qu'ils apprennent plus volontiers les réponses aux questions qui sont susceptibles d'être posées aux examens.

Cette décision est une grande étape pour tous ceux qui sont concernés et qui s'impliquent dans le traitement de la douleur.

L'autre engagement concerne la libéralisation des règles de prescription et de délivrance des antalgiques majeurs, notamment grâce à une amélioration de la présentation et de la disponibilité des carnets à souches et un allongement des durées maximales de prescription.

Depuis le 13 octobre dernier, nous ne nous sommes pas contentés de recueillir des engagements. Ainsi, l'amendement que nous avons adopté à l'occasion de l'examen en première lecture du projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social conduira notamment tous les établissements de santé à réfléchir aux moyens qu'ils comptent mettre en oeuvre pour améliorer la prise en charge de la douleur des patients qu'ils accueillent. Nous présenterons la semaine prochaine, dans le rapport de notre groupe d'étude, des propositions afin d'aller plus loin.

Je voudrais maintenant évoquer la création de centres régionaux de référence pour la prise en charge, la formation et la recherche sur la douleur. Vous le savez, des initiatives hospitalières ou extérieures à l'hôpital, le plus souvent courageuses et isolées, ont permis de créer des consultations ou des centres de lutte contre la douleur. Il nous faut maintenant coordonner ces initiatives et mettre en place des pôles de référence au sein de notre système hospitalier universitaire.

A cet égard, je voudrais remercier M. le président de la commission des finances ainsi que M. le rapporteur général d'avoir accepté d'engager le Sénat tout entier dans le soutien apporté à des centres en leur accordant, en loi de finances, les moyens nécessaires à leurs investissements. Sans ce crédit et ce soutien du Sénat tout entier, qui est un geste exceptionnel de solidarité, voire de fraternité à l'égard de ceux qui souffrent, une longue année pour eux se serait écoulée sans que les choses avancent réellement en profondeur. *(Applaudissements sur les travées du RPR).*

**M. Christian PONCELET**, *président de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation.* - La commission des finances vous remercie !

**M. Lucien NEUWIRTH.** - Désignés en fonction de critères d'évaluation qui devront être définis en collaboration avec l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, ces centres constitueront des modèles pour l'accueil des patients, que leur auront adressés, la plupart du temps, des médecins de ville ou des confrères hospitaliers.

Ils interviendront non seulement au niveau de la formation initiale des nouveaux médecins, mais aussi lors de la formation continue. Ils amélioreront l'information de tous les acteurs du système de soins ainsi que celle des patients. Enfin, ils seront reconnus comme centres de recherche.

Grâce à cette mobilisation, qui a su rassembler des efforts et des volontés jusqu'alors dispersées, nous allons pouvoir sortir la

douleur de cette sorte de banalisation qui conduit à ce qui peut exister de pire : l'indifférence, qui enferme l'être qui souffre dans une sorte d'incommunicabilité.

Voilà, monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues, ce que je voulais vous dire aujourd'hui. Nous avons, grâce à vous tous, déjà beaucoup progressé. Il reste encore beaucoup à faire, et nous allons nous y employer encore, tous ensemble. (*Applaudissements sur les travées du RPR, des Républicains et Indépendants et de l'Union centriste, ainsi que sur certaines travées du RDE.*)

M. Philippe DOUSTE-BLAZY, *ministre délégué à la santé.*  
- J'en viens à la lutte contre la douleur, dont M. Huriet a dit qu'elle devait constituer une priorité du ministère de la santé et à laquelle M. Neuwirth a consacré son intervention.

Je souhaite tout d'abord remercier la Haute Assemblée, tout particulièrement M. Neuwirth, pour l'initiative très importante qui a abouti, ici-même, voilà quelques semaines, à l'organisation d'un colloque consacré à ce sujet et au cours duquel des progrès importants ont été accomplis.

Comme vous le savez, monsieur le sénateur, nous avons fait du renforcement des moyens de lutte contre la douleur l'une des priorités du ministère de la santé.

A la suite des travaux du groupe réuni sur l'initiative de M. Neuwirth, deux mesures nouvelles ont pu être annoncées : d'une part, la mise en place de centres régionaux de références pour l'enseignement et la recherche et, d'autre part, la facilitation de l'utilisation du carnet à souches, notamment un assouplissement des règles de délivrance des morphiniques oraux.

J'espère que les ordres des pharmaciens et des médecins pourront aller dans notre sens.

M. Lucien NEUWRITH. - Très bien !

M. Philippe DOUSTE-BLAZY, *ministre délégué.* - Par ailleurs, il conviendra de travailler à améliorer l'enseignement et la formation continue en matière de lutte contre la douleur.