

LABORATOIRES ABBOTT

Conférence Débat

« Soins palliatifs, Douleur »

CONFERENCE DEBAT « Soins palliatifs, Douleur »

M. le Sénateur Louis de BROISSIA, Président ■ Mesdames et Messieurs les Sénateurs, Mesdames et Messieurs, il m'est aujourd'hui très agréable, en attendant le sénateur notre ancien collègue, Lucien NEUWIRTH, d'ouvrir cette conférence débat sous le thème : « Soins palliatifs, douleur ». Je tiens à saluer d'abord mes collègues sénatrices et sénateurs qui sont ici présents et qui se succéderont dans cette salle, au milieu de vous.

La douleur, la douleur chronique, la douleur post opératoire, la douleur en urgence, la douleur en fin de vie, bien sûr, qui n'a jamais dans sa vie rencontré, tutoyé, côtoyé, j'allais dire été rudoyé par la douleur ? C'est celle que nous subissons, chacun, chacune, mais c'est celle plus cruelle que nous lisons dans les yeux de nos proches, de nos amis. Nous avons, au moment où je le dis, pour ces enfants, pour ces parents, cette crainte de la douleur. Or, cette douleur, si anodine, n'est pas admissible. Elle se traite. Et je suis très heureux d'ouvrir aujourd'hui cette conférence débat dont je vais vous donner un tout petit peu la genèse.

Elle est à l'initiative bien sûr de notre ancien collègue et très cher collègue Lucien NEUWIRTH, qui est le président d'honneur de l'Association Hôpital 2000 et de sa dynamique secrétaire générale Madame JAMBON, chacun à l'autre bout de la tribune. J'ai rencontré Madame la Secrétaire générale à l'occasion de la remise pour le Centre de soins palliatifs de la banlieue dijonnaise d'une pompe à morphine. Mes chers collègues, voilà la pompe à morphine.

C'était une initiative qu'avait prise le Conseil Général de la Côte d'or et les 900 parlementaires de France, les 102 présidents de Conseils Généraux, les 22 Présidents de Région, les 36 565 Maires de France, les 2 000 Présidents d'intercommunalités, doivent s'impliquer dans ce combat contre la douleur.

J'ai évidemment ressenti ce jour-là, dans ce centre dont nous disions que même le mot parfois était « le dernier voyage », l'enjeu extrême de ce combat à mener au 21^{ème} siècle au milieu des patients, avec les médecins, les infirmières, les aides-soignants, et j'ai été, je peux le dire, très impressionné par la sérénité qui était dans ce centre.

J'ai aussi ressenti la nécessité de l'engagement de tous, des élus d'abord, aux côtés des professionnels de la santé et de la douleur, aux côtés du gouvernement. Et je tiens à saluer le représentant de Monsieur le ministre de la Santé, ici présent à la tribune. J'allais dire que les chiffres parlent. Devant la douleur, que valent les chiffres ? Mais après tout, il faut aussi parler de chiffres. 5 000 pompes à morphine manquaient pour vingt patients ou cent patients par an. Une pompe peut servir, bien sûr, à plusieurs patients dans l'année. Cela veut dire que ce sont 100 000 à 500 000 souffrances individuelles qui sont sans aucun intérêt pour l'économie nationale, la sérénité nationale.

Il faut mettre en avant aussi la très forte mobilisation des personnels soignants, accompagnateurs des soins, dans cette formation à la douleur. Eh bien, je le répète, mes chefs collègues, sénateurs, sénatrices, si nous nous engageons tous dans ce combat contre la douleur, nous répondrons à l'accompagnement de ceux qui attendent de nous un signe. Je sais qu'il y a eu un Plan Douleur, et je salue Bernard KOUCHNER que je connais bien, que je fréquente régulièrement ; il y a eu un Plan Soins Palliatifs. Il y a le plan Cancer qu'a voulu le Président de la République et ça a été pour moi, élu de la nation, un grand moment. J'ai pensé qu'il fallait qu'un Président de la République dise que c'était une très, très grande cause nationale.

Aujourd'hui, vous allez parler, nous allons parler avec des hommes et des femmes de poids. Je voudrais saluer ceux qui sont intervenir tout à l'heure. Il m'appartient de les présenter :

Lucien NEUWIRTH, Président d'Honneur d'Hôpital 2000.

Stéphane MANTION, conseiller technique au Cabinet du ministre de la Santé, qui parlera de la politique de développement des soins palliatifs en France.

Gérard DERIOT, Vice-Président de la Commission des Affaires sociales du Sénat, présentera les travaux de la commission sur la proposition de loi qui a été élaborée à l'Assemblée Nationale et qui est relative au droit des malades et à la fin de vie.

Docteur Anissa BELBACHIR, vous parlerez de la prise en charge de la douleur aiguë. Vous êtes à l'Hôpital Cochin où parfois nous sommes passés, les uns, les autres ou nos familles.

Docteur Jean-Pierre ESTEBE, du CHU de Rennes, parlera de la prise en charge de la douleur chronique.

Anne-Marie TREBULLE, cadre infirmier à la Maison Jeanne Garnier à Paris, parlera de la prise en charge de la douleur en soins palliatifs.

Nous terminerons avec le plan des actions de l'Hôpital 2000, que mène la Secrétaire générale avec notre cher Lucien NEUWIRTH.

Nous disions tout-à-l'heure que la douleur, les soins palliatifs, est-ce un problème culturel ? Est-ce un problème philosophique ? Est-ce que cela mérite une simple approche législative ? Est-ce que cela mérite aussi une approche administrative avec les ARH, dans chacune de nos régions ? En tout cas, c'est une approche française que nous souhaitons, et une approche française globale. Nous le disions avec nos collègues sénateurs. Nous souhaitons que, dans les 102 départements de France (j'allais dire peut-être pas dans les 36 565 communes, compte tenu de la dispersion), ce problème soit pris en compte de façon rigoureuse et définitive.

Avec mon ami le Sénateur DERIOT, nous tenons à vous dire à tous, à toutes, et à vous tous en particulier, à vous toutes qui êtes sur le premier plan de la lutte contre la douleur pour les soins palliatifs :

- D'abord notre grande sensibilité à cette question qui est une des vraies questions que nous aimons aborder. Nous ne les abordons pas toujours. Parfois, nous avons des approches plus techniques dans nos approches et nos initiatives.
- Notre reconnaissance pour votre engagement, votre engagement personnel parce qu'il y a un engagement personnel dans ce combat.
- Notre volonté de vous aider et d'aider le gouvernement, Monsieur le représentant du ministre de la Santé, à franchir au cours des années 2005/2006 le cap décisif du combat contre la douleur, grande cause nationale permanente.

Merci.

Je vais passer la parole à Monsieur MANTION.

M. Stéphane MANTION ■ Je vais tenter d'être bref, afin que nous puissions échanger le plus possible sur un sujet difficile et passionnant, toujours d'actualité, même si on prétend parfois qu'il

l'est davantage par des coups de projecteurs que la presse, aime à mettre sur des situations individuelles. Mais aux postes d'observation que nous avons, les uns et les autres dans les assemblées, ici, en particulier, au sénat, mais aussi auprès du ministre, nous avons la volonté de faire en sorte que, sur un sujet aussi délicat, aussi difficile, où nous trouvons une certaine unanimité parmi nos concitoyens, on ne cède pas à des difficultés passagères. Je fais évidemment allusion à l'affaire HUMBERT, dont nous reparlerons probablement.

Ce que nous tentons de faire au ministère de la Santé, sur les soins palliatifs, et j'inclus la douleur même s'il faudra qu'on fasse bien la différence. Il est utile de rappeler que des gens se sont investis sur des sujets de ce type il y a une vingtaine d'années, à un moment où ils devaient probablement se trouver un peu seuls dans un paysage où, ni le milieu associatif dédié à une cause, en particulier celle du SIDA, ni les médecins, dans leur globalité, bien évidemment, car des individus pouvaient se mobiliser, n'étaient très nombreux. Il y avait des pionniers qui en faisaient partie. Je crois qu'il est bon aussi de rendre hommage à Martine JAMBON, car ce sont ces implications qui ont permis au ministère d'avoir une politique, de savoir l'imposer, car parfois il faut imposer, et aux parlementaires de suivre, parfois de devancer également, par leur demande pressante un certain nombre de moyens, d'implications, car évidemment dans notre pays tout se termine, vous le savez, en budget, en argent, à défaut de se terminer ...

Le ministère dispose, depuis 1993, d'une politique. 1993 est une date intéressante, un jeune secrétaire d'Etat assistait Simone VEIL. Il s'appelait Philippe DOUSTE-BLAZY et il avait à l'époque déjà la préoccupation d'un certain nombre de situations sur lesquelles il lui semblait que nous étions quelque peu en retard. Il s'agit de la douleur et des soins palliatifs, mais aussi d'autres sujets. Je veux citer la santé des détenus, par exemple, un dispositif dont on pourrait parler en liaison avec les soins palliatifs et la douleur ou avec la libération des détenus en fin de vie, la suspension de peine. Voilà aussi un beau sujet qui est parfois d'actualité, et qui est bien maltraité par la presse, puisque là encore, il est traité sous forme de coups de projecteur sur des situations extrêmement particulières.

A un moment où nous tentons de déconcentrer, de donner aux régions le maximum de pouvoir, de place, de décision, de budget relativement autonome, c'est toute la politique de décentralisation voulue par le Premier ministre, nous disposons encore d'une politique nationale, car nous pensons qu'il est encore utile d'accompagner le développement des soins palliatifs, de les renforcer, d'y mettre des budgets et de ne pas laisser à la seule volonté locale des directeurs d'Agence Régionale d'Hospitalisation le bon développement des soins palliatifs dans leur région.

Vous l'avez dit, Monsieur le sénateur, la volonté du Président de la République fait que nous avons des moyens extrêmement importants sur les soins palliatifs. Je dis extrêmement importants parce qu'il ne faut pas en permanence se lamenter sur les situations. Des moyens ont été permis par le Plan Cancer. Une cinquantaine de millions d'euros seront dégagés dans les deux ans. De nombreux millions d'euros ont déjà été dégagés. Cela aboutit aujourd'hui à ce que nous puissions annoncer une couverture complète du territoire national, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Il demeurait de grandes zones d'ombre extrêmement difficiles à vivre pour les familles, pour les soignants, pour les élus locaux qui étaient en première ligne face à ces situations individuelles. Une bande qui partait de la Basse Normandie pour atteindre le centre de la France, le Limousin, ne disposait pas d'un des dispositifs que nous mettons en place pour les soins palliatifs.

Je voudrais les citer très rapidement. Vous savez qu'en matière de soins palliatifs, on peut répondre selon l'organisation locale de la manière la plus simple, mais aussi la plus sophistiquée. La plus onéreuse, c'est l'unité de soins palliatifs qui était probablement ce qu'il fallait faire à un moment où nous avons un retard considérable dans notre pays, où il y avait un désert bien connu des médecins et de nos collègues étrangers en. Nous devrions pouvoir couvrir la totalité du pays. Aucun département français ne devrait plus ne pas disposer d'une unité de soins palliatifs dans les prochains mois. Ce n'est pas totalement le cas pour l'instant. Quelques départements encore n'ont

pas d'unité de soins palliatifs que nous appelons les USP. Cela représente actuellement environ 800 lits. C'est un nombre de lits relativement importants. Ce sont de petites unités, vous le savez, puisque la lourdeur des cas fait qu'on ne peut pas mettre en place une unité de soins palliatifs au-delà de huit à douze lits. C'est la norme généralement utilisée.

Et puis, il y a des lits eux-mêmes identifiés dans des services. Cela a été une évolution intéressante, sur des pathologies très concernées par les soins palliatifs ; et je pense évidemment au cancer. Le cancer représente au sein de l'activité soins palliatifs environ 80 % de cette activité. Quand je rapproche le Plan Cancer des soins palliatifs, il y a là une évidence. Evidemment, les budgets doivent venir du Plan Cancer sans aucune difficulté pour que l'on puisse assister à ce développement.

On disposera en fin d'année, d'un millier de lits identifiés dans des services, où des équipes, troisième niveau de dispositif, de soins palliatifs pouvant intervenir, avec toute la souplesse qu'il y a à ce que des professionnels puissent venir assister leurs confrères, leurs collègues, dans des services faits pour soigner, parfois pour sauver des vies et qui ne sont pas conçus pour accompagner des personnes à la mort. C'est une situation un peu particulière et cela fonctionne bien. C'est un dispositif assez original que vous avons développé il y a quelques années maintenant, toujours à partir de pionniers. Parfois la pénurie dans certains secteurs permet justement d'aller vers des dispositifs plus originaux, plus innovants.

Enfin, il existe des réseaux. Des personnes souhaiteraient, mais l'expression de ce souhait est compliquée, pouvoir mourir chez elle. On en parle souvent. La presse relate assez souvent ce désir réel ou supposé des Français. Nous pourrions en débattre ; En tout cas, il faut répondre à cette demande, car elle existe, qu'elle soit ou pas quantitativement très importante. Nous devrions pouvoir couvrir tout le territoire national également en réseaux.

Les réseaux, c'est compliqué : il peut y en avoir plusieurs dans un même département et ne pas y en avoir du tout dans beaucoup d'autres. Nous sommes actuellement sur une centaine de réseaux. Cela ne veut pas dire qu'il y en ait un par département, loin s'en faut. Là encore, sur la période 2007-2008, nous devrions couvrir la totalité du pays. Sur les quatre dispositifs que je rappelle : unités, équipes, lits identifiés et réseaux, nous devrions avoir une réponse nationale cohérente sur l'ensemble du territoire. Quand je dis l'ensemble du territoire, je me permets de préciser que les départements d'outremer sont inclus dans le territoire national pleinement et complètement, ce que l'on oublie trop souvent.

La loi, dont nous parlerons tout à l'heure, a un impact très important sur les soins palliatifs. Les parlementaires, les députés dans un premier temps, dans leur grande sagesse, ont inclus un article extrêmement important dans la proposition - je dis bien proposition ; c'est une loi d'origine parlementaire - un article sur les soins palliatifs. En séance, nous avons eu le plaisir de voir ce texte évoluer et un second article impose au gouvernement une obligation de soins palliatifs également pour le secteur médico-social. C'est extrêmement important. Les soins palliatifs à l'hôpital, c'est une évidence ; les soins palliatifs en institution, en maisons de retraite, en maisons spécialisées accueillant des personnes handicapées, c'est un domaine sur lequel nous sommes très en retard. Et le fait que la représentation nationale impose, après un certain nombre de débats et de discussions, aux pouvoirs publics cette obligation de soins palliatifs à la fois dans le sanitaire et dans le médico-social, je trouve que là, nous avons une chance à saisir et les professionnels doivent la saisir, tout comme les pouvoirs publics d'Etat, car nous devons certes mettre de l'argent sur une obligation de ce type - c'est la volonté du législateur -, mais nous devons aussi trouver les équipes qui répondront à cette obligation. C'est un autre challenge ; c'est autre chose de trouver le personnel qui pourra aller assister des équipes de maisons de retraite, pour accompagner des personnes âgées durant leurs derniers moments.

Je voudrais rendre deux hommages sur l'ensemble de ce dossier Soins palliatifs, après celui que je rendais à Martine JAMBON et que je renouvelle ; je voudrais rendre hommage au personnel. J'ai visité quelques unités dans une vie antérieure peut-être moins "politique". J'ai eu l'occasion d'installer une unité de soins palliatifs dans un établissement PSPH. J'ai vraiment trouvé là des gens qui avaient une implication personnelle extrêmement grande. On le dit : c'est une habitude que de rendre hommage à ces professionnels de santé qui sont confrontés à la mort.

Mais je trouve vraiment que, dans les unités de soins palliatifs, on trouve (je le dis avec d'autant plus de facilité que je ne suis pas médecin) un condensé de l'image que nous avons peut-être et qui parfois évolue ou se modifie de ce qu'est la profession médicale et de ce que sont les professions paramédicales, parce qu'on sait évidemment que ce sont très souvent les infirmières ou les paramédicaux qui sont auprès des patients au dernier moment. Et cela, je trouve que c'est vraiment extraordinaire. Une vraie communauté se crée autour du patient. Une petite unité de soins palliatifs qui est, ne l'oublions jamais, une unité de vie avant d'être l'endroit où l'on va mourir, une communauté se crée dans cet établissement, dans ce service d'une manière qui m'a toujours beaucoup étonné car, quand on est à l'intérieur, on fait fi évidemment de tous les débats que nous avons sur notre système de santé, sur la réforme de l'assurance maladie, sur tout un tas de débats passionnants, mais qui sont heureusement bien loin et qui en général s'arrêtent à la porte de ces unités ou de ces établissements.

Je dis établissements, parce qu'il faut rendre hommage aux établissements privés et à cette mobilisation qui est montée parallèlement à l'implication du public, des hôpitaux, dans un secteur où on a bien vu et on voit encore, que la souplesse de ce que nous appelons les participants au service public hospitalier, établissements privés à but non lucratif, a permis probablement aux hôpitaux publics d'être tirés vers cette obligation de présence dans un domaine où les uns et les autres étions très en retard. J'ai trouvé dans les établissements PSPH une implication extrêmement grande. Une sorte de compétition s'est installée dans nos grandes métropoles régionales où l'hôpital public, du coup, avait une obligation aussi de résultats, de se former, de se mettre dans une dynamique qui n'était pas complètement évidente pour lui. Je ne mets en cause aucun individu ni aucune profession, mais l'organisation administrative de nos hôpitaux ne concourt pas toujours à l'innovation la plus importante ou la plus grande.

Pour conclure, deux grands axes de développement des soins palliatifs. Après celui que j'évoquais sur cette obligation que la loi sur la fin de vie nous donnera probablement si Mesdames et Messieurs les sénateurs votent le texte dans un format proche de celui que les députés ont bien voulu leur adresser, nous avons aujourd'hui l'obligation de soins palliatifs inscrite dans les SROS (Schémas régionaux d'Organisation Sanitaire). C'est extrêmement important et les ARH (Agences régionales d'Hospitalisation) ont cette obligation de prévoir sur la carte sanitaire cette réponse palliative. Cela concourt à ce que l'ensemble du territoire national soit couvert et à ce que nous ayons une réponse palliative partout en France, dans tous les départements, avant la fin de l'année 2007, avec les budgets dédiés à cela par le Plan Cancer.

Inscrire une obligation de ce type dans les SROS peut vous paraître assez banal ; c'est important à plusieurs titres. C'est important parce que cela veut dire que les budgets sont fléchés et qu'un directeur d'ARH ne pourra pas utiliser cet argent à autre chose ; Et il ne peut pas y avoir sur ces budgets fléchés de vase communicant, en quelque sorte. Ce que nous avons su faire dans d'autres domaines – et je prends le domaine des urgences -, on a bien vu que, après la canicule de l'année 2003, le plan Urgence voulu par Monsieur MATTEI avait de très gros moyens : 700 créations de postes, 450 millions d'euros de budget, aurait pu déraper. On aurait pu retrouver cela ailleurs. Nous avons adopté un système de fléchage extrêmement précis. Monsieur DOUSTE BLAZY a tout simplement convoqué à Paris, région après région, les directeurs d'ARH en présence d'un certain nombre de personnes capables de nous dire où l'argent était allé.

A notre grande satisfaction, nous nous sommes aperçu que quand les dossiers sont difficiles, et quand la presse est là pour regarder comment les choses se passent, nous ne constatons pas de très grosses difficultés ; c'est extrêmement important car cela veut dire qu'aujourd'hui, dans l'organisation hospitalière du pays, nous avons tout de même une prise de conscience que lorsqu'on est d'accord sur une politique et lorsqu'on est capable d'en discuter localement, je me permets de vous dire que les élus locaux nous aident énormément, et il faut que cette information soit partagée avec les représentants du ministère localement, avec les DDASS, avec les DRASS, avec les ARH bien évidemment.

C'est la condition absolue pour que les grands schémas nationaux qui sont proposés, dans un pays encore quelque peu centralisé, même si nous nous améliorons très vite, il faut absolument que, pour que cela redescende sur le terrain, nous ayons cette capacité à être épaulés, et qui mieux que des élus et des représentants de la nation peuvent le faire dans leur zone d'influence ? Et le nouveau système de tarification à l'activité pour les hôpitaux et les cliniques va également participer à cette tentative.

Bien évidemment, si vous le souhaitez, je reprendrai la parole sur la loi fin de vie dont j'ai suivi le vote dernièrement à l'Assemblée avec un très grand plaisir, puisque c'était un beau moment. Nous aurons j'espère au Sénat un moment aussi fort que celui que nous avons vécu à l'Assemblée, avec un consensus largement partagé et surtout un texte amélioré en séance par des députés de la majorité, comme de l'opposition.

Je vous remercie.

M. le Sénateur Louis de BROISSIA, Président ■ Merci, Monsieur MANTION. Je vais laisser la parole à notre ami Gérard DERIOT, en remerciant le représentant du ministre de la Santé de son intervention, qui fait plaisir aux élus, quelle que soit notre tendance politique. C'est vrai que nous sommes engagés dans des combats souvent vrais et que celui que vous nous proposez d'accompagner est important. Nous insistons sur la politique d'aménagement du territoire. Nous ne pouvons pas admettre, puisque nous sommes les représentants de la République dont l'organisation est dorénavant décentralisée, c'est la constitution que nous avons modifiée au précédent congrès, que sur les soins palliatifs, l'accompagnement de la douleur, il n'y ait pas de traitement équitable dans les 102 départements français. Je n'ai pas oublié aucun, ni Saint-Pierre et Miquelon ni Mayotte qui a rejoint le dernier le camp des départements.

J'aurais personnellement une question à vous poser, mais peut-être que le débat pourra avoir lieu après. Est-ce que vous pensez que, dans l'accompagnement voulu par le gouvernement, soutenu par la totalité de l'Assemblée et du Sénat, les problèmes de délais de formation du personnel (vous avez beaucoup parlé du personnel et vous avez raison) sont importants ? On peut acheter des pompes à morphine. 1000 pompes à morphine, c'est 3 700 euros que multiplie mille ; ce n'est rien dans le produit intérieur brut. Le problème est de les mettre en place. Je parle de tout le système d'accompagnement de la douleur. Comment pensez-vous, Monsieur le représentant, qu'un plan de formation d'urgence, que nous vivons département par département, pourra être proposé puisque, après tout, il existe un contrat de plan Etat/Régions, que la formation professionnelle fait partie de la compétence des régions, que les régions se dotent – et je m'en félicite – de nouveaux outils (je ne parle pas de budget) ? Y a-t-il un plan de formation d'urgence ? Nous avons du mal, nous, Présidents de Conseils Généraux, à trouver des travailleurs sociaux, des infirmières en milieu rural. Comment pensez-vous que ce défi va être relevé ? S'il faut deux ans pour le relever, il faut vraiment remettre en amont des formations d'urgence dans chaque département de France.

M. MANTION ■ J'ai une réponse très simple. Nous passons là peut-être davantage sur la douleur que sur les soins palliatifs. Mais les deux, nous l'avons dit, sont très liés. Le second Plan Douleur s'achève cette année en 2005. Un nouveau plan poursuivra après évaluation. Il est intéressant de regarder comment les choses se sont passées sur la période 2000-2005, sur ce plan qui était quinquennal. Evidemment, la formation y avait une grande place. Tous les budgets de formation n'ont pas été dépensés sur le Plan 2000/2005. C'est toujours intéressant de constater que parfois on se trompe. On ne peut pas régler tous les problèmes simplement par l'existence des budgets. Quand les professionnels qui forment n'existent pas, quand les personnels qui doivent être formés n'ont pas toujours cette volonté à l'être, il y a inadéquation entre un désir inscrit dans un plan de manière un peu formelle, des budgets inscrits sur un tableau, des budgets consacrés par le ministère, votés par les parlementaires et la réalisation de ces objectifs. C'est très important et nous allons regarder ça de très près. La formation était très présente dans le Plan 2000/2005. Elle le sera dans le prochain Plan, mais davantage. Aujourd'hui, nous sentons que cette demande existe. Ce qui s'est passé sur 2000/2005 ne doit pas se renouveler sur le prochain plan.

Sur la partie soins palliatifs, et cela est très lié évidemment aussi à la prise en charge de la douleur, nous avons pris les devants, car l'obligation de soins palliatifs que le législateur nous imposera probablement dans le médico-social a été anticipée par les services du ministère. L'an dernier, 500 000 € ont été placés sur la formation des personnels des maisons de retraite en soins palliatifs. Je trouve ça assez exceptionnel quand même car il y avait vraiment une anticipation. 500 000 € seront également placés sur cette volonté en 2005. Cela représente un million d'euros, ce qui est un budget conséquent pour la formation. Là encore, il faut trouver à la fois les personnels qui forment et les personnels qui acceptent cette formation. On s'aperçoit que la demande est forte et qu'elle a commencé à l'été 2004. Nous avons eu six mois pour dépenser cette somme. On constate qu'il y a une montée en charge qui peut être assez progressive et assez lente.

Et puis, il y a la formation médicale continue. Je prends les choses un peu à l'envers, mais au bout de la chaîne, il y a la FMC. Nous avons la volonté, mais la FMC est très partenariale, nous devons convaincre un certain nombre de catégories et de représentants, en particulier des médecins, des syndicats - elle est co-gérée, comme vous le savez -, inscrire comme une véritable priorité les soins palliatifs au sein de la FMC pour qu'un grand nombre de médecins. Martine JAMBON me dit souvent que c'est aussi sa difficulté : impliquer un plus grand nombre de personnes et diffuser cette culture que nous appelons volontiers la culture de l'accompagnement, la culture de la lutte contre la douleur, la culture des soins palliatifs. Nous avons encore beaucoup de travail à faire pour ça.

Dernier point, vous parliez des infirmières, Monsieur le Sénateur. C'est quelque chose qui me tient très à cœur parce que j'ai travaillé et je travaille encore sur le Plan Santé mentale. Nous nous sommes aperçu que, dans les programmes obligatoires des Instituts de Formations en Soins Infirmiers, la partie psychiatrique par exemple n'était pas toujours respectée. Là encore, régionalisation, décentralisation. C'est une très bonne chose bien évidemment. Il faut que nous regardions de très près - je crois que c'est le travail de chacun d'entre nous - localement, surtout quand un élu local est membre du Conseil d'administration de son IFSI ou de l'organisme qui le gère, il faut que nous regardions très précisément comment le contenu pédagogique des instituts est respecté. Il existe un cahier des charges national, des cadres pédagogiques qui ont une véritable obligation. Obligation pour la psychiatrie, car une infirmière ou un infirmier mal ou pas formé, avec des stages qui ne correspondent pas véritablement aux thèmes imposés (il y a 390 heures de psychiatrie dans le cursus des infirmiers), nous nous sommes aperçu qu'un certain nombre d'instituts ne le faisaient pas. C'est scandaleux. C'est anormal. Il faut que nous arrivions à ce que ce cahier des charges national soit respecté partout de la même façon.

Sur les soins palliatifs et la douleur, nous avons la même difficulté. Peut-être une difficulté encore plus grande, car il faut évidemment trouver les terrains de stage. Il faut trouver les professionnels qui acceptent de venir dans les IFSI former nos futurs infirmiers et infirmières à toutes ces

pratiques et à ces activités qu'ils rencontreront obligatoirement aujourd'hui au moins une fois au cours de leur carrière, puisque nous savons que la place de la santé mentale dans le système de soins ne va pas aller diminuant et que, grâce à nous tous évidemment, la place des soins palliatifs et de la lutte contre la douleur non plus. De la FMC à un bout, jusqu'à la formation initiale des infirmières à l'autre, je crois que c'est un dossier extrêmement complexe, mais nous devons vraiment y mettre les moyens pour que nous ayons bien cette formation qui seule permettra que nous remplissions nos objectifs.

M. le Sénateur Louis de BROISSIA, Président ■ Formation, information, avec mon ami le Sénateur GERBAUD, nous sommes aussi sensibles au fait que la communication soit faite sur ce sujet. J'en profite pour remercier France 3 présent sur un sujet qui est un sujet de très profonde réflexion de l'ensemble des Français. Le combat qui est mené sur la douleur et les soins palliatifs devra aussi s'accompagner par les grands médias nationaux, régionaux, départementaux et locaux. Je pense que c'est un point auquel nous sommes sensibles.

Il y aura un débat bien sûr, tout au long de cette matinée. Je voudrais passer la parole à notre collègue, le Sénateur DERIOT.

M. Gérard DERIOT ■ Mesdames, Messieurs, tout d'abord, je voudrais remercier Louis de BROISSIA de m'avoir sollicité pour formuler quelques observations sur la proposition de loi relative aux droits des malades et à la fin de vie. Je crois que beaucoup d'informations ont déjà été données. Mais je ne crois pas inutile de mettre cette proposition de loi en perspective en rappelant brièvement le chemin parcouru par les soins palliatifs.

Le succès de la démarche palliative doit beaucoup aux mouvements associatifs qui l'ont porté et le portent toujours d'ailleurs. A l'origine, ceux-ci ont fait le constat que trop souvent malheureusement, à une époque, la médecine éprouvait beaucoup de difficultés à accompagner humainement une souffrance dont elle était impuissante à réduire les causes. Ce succès doit également beaucoup à l'opiniâtreté de certains élus, dont notre ancien collègue Lucien NEUWIRTH, puisqu'il s'est attaché tout au long de ses mandats à nous faire prendre conscience de la nécessité de vaincre la douleur en y consacrant les moyens nécessaires.

La commission des Affaires sociales du Sénat – et je remercie un certain nombre de nos collègues qui sont ici ce matin de participer justement aux travaux de cette commission des Affaires sociales du sénat – s'est saisie de la proposition de loi Léoneti avec tout le sérieux réclamé par le sujet. Des auditions ont lieu chaque semaine où sont conviés l'ensemble des membres du sénat. Et elles mettent en évidence sans ambiguïté, je crois, les progrès réalisés depuis une époque où en parler était tabou, où le traitement de la douleur était sommaire et l'accompagnement des malades en fin de vie réduit à sa plus simple expression, il faut bien le reconnaître. Mais elles insistent également sur le fait que beaucoup reste à faire pour soulager les patients.

On ne peut en effet parler de la douleur comme d'un symptôme univoque. Il s'agit bien sûr de la douleur physique due aux symptômes directs ou indirects de la maladie ou du handicap, et qui bénéficie désormais de traitements plus efficaces, mieux adaptés et mieux acceptés par les malades, les proches et le corps médical. Il s'agit également de la douleur psychologique et morale. Le travail des bénévoles auprès des patients ou de leurs familles est à mon avis formidable, mais il doit être complémentaire de l'accompagnement psychologique professionnel dont on commence à prendre aujourd'hui toute la mesure de l'importance. Nombreux sont les malades, les personnes âgées ou lourdement handicapées, en proie à une profonde détresse,

détresse psychologique, n'ayant plus d'eux-mêmes malheureusement qu'une image déformée par la maladie.

Finalement, après des années de pratique et de progrès, la prise en charge de la douleur porte désormais une nouvelle exigence. Elle pose le respect des droits du patient comme un incontournable préalable à tout traitement, tout accompagnement ou toute prise en charge. La proposition de loi qui a été votée par l'Assemblée Nationale s'inscrit résolument dans cette démarche. Bien sûr, vous comprendrez, je pense, la réserve à laquelle mon rôle de rapporteur au Sénat sur cette loi m'astreint aujourd'hui. Je me contenterai donc d'en retracer les grandes lignes et de formuler quelques observations puisque notre commission des Affaires sociales n'a pas terminé ses auditions et que notre commission n'a pas fait une synthèse sur tout cela.

La posture qui a été adoptée par l'Assemblée Nationale est, à mon avis, à saluer, comme vous l'avez fait, Monsieur MANTION, car le consensus fut un objectif recherché pour lui-même. Ce faisant, il a conditionné aussi le succès d'un travail de qualité dont tous conviennent aujourd'hui. Elle tente de résoudre certains problèmes posés par la fin de vie et cherche, ce faisant, à apporter une réponse originale permettant à la France de faire entendre une voix à mon avis authentique sur le plan éthique.

Malgré les demandes ayant découlé du drame du jeune Vincent Humbert, la proposition de loi adoptée par l'Assemblée Nationale n'a pas, je pense, démenti notre culture, celle de la commission des Affaires sociales et du Sénat dans son ensemble, qui est la lutte contre la douleur comme priorité et comme exigence. Sous cet aspect, nous ne pouvons que nous y reconnaître. La proposition de loi comporte deux volets que je voudrais rappeler :

Un premier relatif aux droits des malades qu'elle cherche à préciser ;

Un second consacré aux activités de soins palliatifs qu'elle tente de dynamiser.

Sur le premier de ces aspects, quatre points doivent attirer notre attention :

- le refus de l'obstination déraisonnable, ce que l'on a appelé dans le langage courant l'acharnement thérapeutique ;
- le droit pour le patient de refuser un traitement ou une alimentation ;
- la reconnaissance des directives anticipées ;
- la référence dans la loi aux traitements dits à double effet.

Pour l'essentiel, le travail de l'Assemblée a été d'assurer une coexistence plus harmonieuse entre le code de déontologie médicale et la loi, notamment pénale. On ne touche à cette dernière qu'en tremblant, chacun le sait. L'Assemblée a donc fait preuve de prudence en prenant le Code de la Santé Publique comme vecteur d'un dialogue entre la rigueur du droit de la sanction et des valeurs sociales protégées et les pratiques régulant les activités médicales nécessaires à l'accompagnement des personnes jusqu'aux confins de la vie.

Ainsi en est-il du refus de l'obstination déraisonnable. Pour les médecins, il n'y a rien que de bonne pratique à ne pas s'obstiner déraisonnablement. Pour le magistrat, il peut s'agir selon les cas de non assistance à personne en danger, voire peut-être même d'homicide. L'actualité judiciaire récente a rappelé cette nécessité première de retisser un fil d'Ariane qui permette d'unir dans la cohérence le patient, les praticiens et le magistrat autour de pratiques collégiales unanimement acceptées.

Comment forcer une personne à être soignée malgré elle au prix de peut-être de souffrances accrues et au risque d'une instrumentalisation de la vie ? Une autre précision apportée par le texte est le droit pour le malade de refuser un traitement ou une alimentation. Pourtant, ce point ne fait pas forcément consensus, notamment pour l'arrêt de l'alimentation. Il touche en réalité à l'intimité de la solidarité humaine et interroge en profondeur notre société qui, après avoir réduit drastiquement son droit de faire mourir au nom du respect intégral de la vie, découvre en quelque sorte son devoir de parfois laisser mourir.

Un troisième sujet abordé est celui de la reconnaissance des directives anticipées, plus connu là aussi sous une autre terminologie plus regrettable, qu'on appelle « testament de vie », ce qui est quand même beaucoup moins bien que « directives anticipées ». Les idées semblent relever du parfait bon sens. Elles peuvent en réalité cacher de forts effets pervers. Il peut en effet sembler naturel à chacun d'entre nous d'être autorisé à préciser dès à présent la façon dont nous souhaitons être traités à l'approche de la mort. L'accueil de cette faculté par les praticiens m'a un peu surpris, il faut bien le reconnaître. Ils ont insisté sur le fait que, par principe, la personne bien portante, qui fait connaître de manière anticipée ses volontés quant à sa fin de vie, ne parle pas pour elle-même, mais pour une personne que la maladie aura transformée. Et ça, je crois que c'est un sujet sur lequel il faut vraiment s'arrêter. C'est quelque chose dont il faut bien prendre conscience.

Ils ont tous insisté d'ailleurs sur l'importance du dialogue avec le médecin traitant et l'autorité relative qu'il convient de réserver à ce type de dispositions. Elles doivent constituer un facteur rassurant pour le patient et pour ses proches. Elles doivent permettre d'humaniser la pratique médicale et non pas au contraire renforcer le caractère technique, automatique ou instrumental que prend parfois la médecine moderne. Un magnifique sujet de réflexion est offert là au législateur.

Je terminerai cette brève présentation de la proposition de loi par la mention qu'elle fait au traitement dit à double effet, pouvant entraîner la mort du patient bien qu'il ne s'agisse pas de son objet premier. Certains praticiens se sont inquiétés d'une telle précision qui a pour objet de répondre à des inquiétudes de nature juridique qui puissent nuire au développement des soins palliatifs. Il a été rappelé, sans doute à propos, la méfiance originelle à l'égard de ces soins de l'administration de la morphine et les résistances contre lesquelles ont dû longtemps lutter les promoteurs de ces traitements. Il a également été rappelé que le bon usage des antalgiques n'avait normalement pas pour conséquence d'entraîner la mort. La pharmacologie distingue la dose toxique de la dose thérapeutique.

Pourtant, à ce stade de la réflexion, je crois que tout le monde vise un même but, qui est d'assurer le meilleur usage des soins possibles, d'établir de bonnes pratiques médicales. Il reste à définir comment s'en servir au mieux de cet objectif. Voici le bref exposé que je pouvais à ce stade faire de cet aspect de la proposition de loi. Celle-ci contribue en outre à améliorer la pénétration des soins palliatifs dans le tissu médical. Nous pouvons tous nous en réjouir car les inégalités devant le bien mourir existent encore, autant que les inégalités devant la mort elle-même. Les pouvoirs publics, que nous représentons tous ensemble, doivent lutter pour les réduire. Le Plan Hôpital 2007, vous l'avez rappelé, et la mise en place de la tarification à l'activité constituent aussi des étapes importantes par les moyens dégagés. Vous l'avez rappelé, Monsieur MANTION, avec juste raison. Si malheureusement, des effets pervers existent, ils devront être corrigés.

La proposition de loi prévoit des dispositions au bénéfice du secteur médico-social longtemps oublié sur ce sujet. C'est là un espace d'expression de l'action publique pour ceux qui, dans leurs missions d'élus locaux, et Louis de BROISSIA et moi-même en tant que Présidents de Conseils Généraux sommes très conscients de ce problème et de la nécessité justement de mettre en place les soins palliatifs dans les établissements médico-sociaux. C'est un problème majeur auquel nous sommes confrontés, les uns et les autres, depuis des années, et pour lequel il faut effectivement pouvoir

faire avancer dans ce sens. Et je pense que la loi justement, en prenant en compte cette dimension des établissements médico-sociaux, y contribuera très largement.

J'ai fait référence aux travaux de notre commission, et je conclurai mon propos là-dessus. La lutte contre la douleur et l'amélioration de l'accompagnement des personnes en fin de vie réclame un effort particulièrement important qui ne relève pas d'une générosité désintéressée, mais plutôt d'un égoïsme intelligent. Sachons vouloir pour chacun de nos concitoyens aujourd'hui le confort et la dignité que nous voudrions, demain, pour nous-mêmes. Je suis persuadé que l'ensemble de mes collègues de la commission des Affaires sociales du Sénat se rallieront à cette volonté, car c'est celle de l'humanisme dont les uns et les autres faisons preuve dans l'exercice de nos fonctions.

Docteur Anissa BELBACHIR ■ Je voudrais tout d'abord remercier le Sénateur Louis de BROISSIA de nous recevoir au Sénat. Nous commençons à prendre de bonnes habitudes. Nous avons fêté (on peut appeler ça comme ça) la première journée de lutte contre la douleur à l'Assemblée Nationale le 11 octobre dernier. Là, nous parlons au Sénat. Nous allons continuer. Nous commençons à nous habituer aux hauts lieux.

Effectivement, le traitement de la douleur, la prise en charge de la douleur n'est pas uniquement l'affaire des soignants, mais également votre affaire et celle de tout le monde. Je vais vous donner un petit aperçu de traitement de la douleur, de la prise en charge de la douleur aiguë. Tout d'abord, un historique. C'est dans les années 1980 qu'on a commencé à se rendre compte que la douleur est très mal prise en charge dans le monde entier. Et puis, il y a eu les premières créations de services de lutte contre la douleur, d'abord aux Etats-Unis dans les années 1980. Voilà le modèle américain, le service de douleur aiguë. Cela se compose d'une équipe avec un anesthésiste senior, un interne, c'est à dire un médecin en cours de spécialisation et une infirmière.

En quoi ça consiste ? Quand un malade arrive dans un hôpital ou une clinique, l'équipe va lui proposer des soins post-opératoires, pour traiter sa douleur. Le high tech, c'est la pompe à morphine ou la loco-régionale et ça lui coûte. S'il veut avoir ça, il doit payer. C'est une analgésie sélective. Tous les patients ne vont pas en profiter. Et puis une concentration des connaissances : il n'y aura que ce petit groupe qui va bénéficier de formations spécialisées de lutte contre la douleur.

Et puis, ça s'est étendu dans des pays du Nord. On a commencé à créer ces services et ce n'est que dans les années 1990 qu'on a commencé à avoir des pompes à morphine dans des services de chirurgie. Et là, on s'est rendu compte qu'on était vraiment en retard. Et on a commencé à penser aux pompes à morphine. Il y a d'abord eu l'amendement Neuwirth et puis une décision de la formation médicale continue. Je vous signale que l'étude de la douleur n'a été intégrée dans les études de médecine qu'en 2000, un peu tard.

Ensuite, il y a eu le Plan de lutte contre la douleur Kouchner. Puis notre société savante, la Société Française d'Anesthésie réanimation s'y est mise, après certains audits, des conférences de consensus ont eu lieu de lutte contre la douleur post opératoire, la douleur aiguë. Nous nous y attelons, nous, anesthésistes réanimateurs, ne devons pas sortir de ces conférences de consensus, et on a décidé de faire de l'analgésie efficace. Pour cela, on s'est dit que l'analgésie contrôlée par le patient et l'analgésie loco-régionale étaient les meilleures. D'où la place de l' « analgésie contrôlée par le patient » et l'aperçu du modèle européen.

On a décidé d'avoir une équipe, avec :

un médecin anesthésiste référent. Quel est son rôle ? Conseiller ses collègues, les autres soignants ; écrire des protocoles d'analgésie de surveillance, des plans de formation des collègues soignants ;

une infirmière, qu'elle soit anesthésiste diplômée d'Etat ou infirmière diplômée d'Etat qui va être coordinatrice. Quel sera son travail ? Elle sera la coordinatrice entre les infirmières de services de chirurgie et le malade ; entre le malade et le médecin anesthésiste. Ce médecin référent interviendra en cas d'urgence et pour les réajustements.

Nous avons enfin mis en place des outils d'évaluation, communs à toutes les infirmières et à tous les soignants et le contrôle de la qualité des soins. Bien sûr, tout cela à moyens constants. Nous ne sommes pas tous égaux, non seulement face à la douleur, mais également face au budget.

Les problèmes : les contraintes financières. A l'heure actuelle, les infirmières référentes qui sont essentielles dans cette équipe, il n'y en a peut-être que deux sur Paris, ou une et demie. On ne peut pas ouvrir de postes. On n'a pas assez de budget pour ouvrir un poste d'infirmière référente. Donc, elle fait ça en plus de son travail d'infirmière, de même pour le médecin anesthésiste. Ce sera en plus de son travail au bloc.

La conséquence en est des effectifs insuffisants. Il n'y a pas assez d'infirmières déjà dans le service pour ouvrir un autre poste d'une infirmière référente douleur ; d'où une surcharge de travail. Enfin, il y a d'autres priorités. On dit qu'il est plus important par exemple de donner un budget pour une secrétaire que pour une infirmière référente uniquement douleur. Ensuite, il vaut mieux acheter un arthroscopie, par exemple, un matériel chirurgical que des pompes à morphine pour soulager la douleur.

Un petit aperçu sur les enquêtes réalisées. Un patient sur deux ressent des douleurs sévères durant la période post opératoire. Une enquête AP HP 1994, un sondage en 1990 et en 1996, la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation) avait également fait une enquête en 1996. je vais vous étonner. Malheureusement, une enquête SFAR en 2005 retrouve exactement la même chose.

Quelle est la cause des défaillances ? Le Sénateur de BROISSIA l'avait dit ; nous en avons discuté ce matin : effectivement c'est l'absence d'organisation, les insuffisances très importantes, l'information du patient. Quand le patient arrive, il ne sait pas. Il n'est pas au courant des outils qu'on a. Il n'est pas au courant des traitements dont on dispose. Donc, il ne peut pas demander. On parle du droit du malade. Encore faut-il qu'il le connaisse.

21 % des patients seulement savaient ce que le service où ils étaient hospitalisés avaient. C'est toujours le même cas. La formation des soignants, effectivement, c'est un manque. On ne peut absolument pas mettre de matériel entre les mains de gens qui sont, non pas incompetents, mais ignorants de la marche à suivre ou de la surveillance ou les effets secondaires de ces traitements.

L'évaluation de la douleur : à l'heure actuelle, dans les pays anglo-saxons, l'évaluation de la douleur doit faire partie des cinq signes vitaux : le pouls, la tension, la température, la diurèse et l'évaluation de la douleur. Tout ceci doit être transcrit à la tête ou au pied du lit du patient.

Les prescriptions : 24 % seulement des prescriptions sont suivies dans les hôpitaux et cliniques. C'était l'enquête AP HP en 1994. Et bien sûr, les protocoles thérapeutiques. Voilà un aperçu de ce qui se passe à l'heure actuelle. Tout ceci date de dix ans, mais c'est encore d'actualité.

Nous allons passer au contexte plus médical.

La définition de la douleur : c'est une expérience sensorielle, émotionnelle, désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes. C'est la définition de la société internationale de lutte contre la douleur. Tout y est.

Qu'est-ce que la douleur ? Il y a une lésion, un traumatisme, que ce soit au niveau de la peau, des articulations, des viscères. C'est ce qu'on appelle la « soupe inflammatoire ». Dès qu'il y a un traumatisme, il y a une sécrétion de substances, qui sont les substances algogènes. Ces substances vont aller se fixer sur des récepteurs et la douleur va être conduite par ces fibres vers le système nerveux central. La douleur va être transmise par des fibres nerveuses qui vont traverser la moelle et aller au niveau du cerveau, où l'on retrouve la représentation physique et psychique de la douleur. Toujours est-il qu'il y a des voies de contrôle, mais insuffisantes pour contrôler toutes les douleurs. On a besoin de médication.

On ne peut pas se baser uniquement sur la lésion. On tient compte du stimuli causal, qui peut être un excès de douleur, donc une douleur post opératoire, une lésion. Ce peut être une douleur neurogène, une atteinte nerveuse, une douleur psychogène. Il faudra tenir compte de l'expérience. ON revient à la définition de la douleur. La douleur a une mémoire : l'émotion, il existe un centre de l'émotion. Il faut tenir compte de tous les facteurs socioculturels. Bien sûr, ce sont tous ces éléments qui vont conditionner le comportement du patient. Pour cela, il y a nécessité d'évaluer la douleur.

Malheureusement, quand on voit toutes ces composantes, est-ce qu'une réglette à elle seule peut évaluer la douleur ? Non. Mais pour traiter, on a besoin d'évaluer. On a d'abord la réglette, que l'on présente au patient. Le patient va bouger le curseur entre l'absence de douleur et la douleur maximale. La douleur est difficile à comprendre, car elle est subjective. Mais c'est la plus reproductible.

On peut aussi donner un chiffre pour évaluer la douleur, entre 0 et 10. Le zéro correspond à l'absence de douleur et le 10 à la douleur maximale. C'est celle qu'on utilise surtout en post opératoire, où les patients n'ont pas leurs lunettes ou ils sont perfusés, et on ne peut pas leur présenter la réglette.

Une fois qu'on a évalué la douleur, il faut la traiter. Pour traiter, Les niveaux antalgiques de l'OMS ont été mis en place pour traiter les douleurs cancéreuses. On ne dispose que de ça. ON l'adapte.

Pour le niveau 1, la douleur légère, on donne des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Pour la douleur modérée, les traitements codéinés, Afflagan, codéiné, l'Effergal codéiné, le dextropropofol, le di-antalvic, les deux antalgiques centraux, le tramadol ou le névopan.

Enfin, pour le niveau 3, les douleurs sévères, les morphiniques.

Mais bien sûr, rien ne nous empêche de donner, pour une douleur modérée un morphinique.

Comment les utiliser ? La douleur part de la périphérie, traverse la moelle et va vers le cerveau. Il faut multiplier les traitements, agir en périphérie en donnant des anti-inflammatoires non stéroïdiens, agir au niveau central en donnant du paracétamol, agir sur la moelle pour les douleurs très fortes parce que les récepteurs à la morphine se trouvent au niveau de la moelle ; certaines hypothèses disent qu'il existe également des récepteurs à la morphine au niveau périphérique. Il faut donc les trois pour traiter une douleur.

La morphine agit sur les douleurs fortes à très fortes, au repos. Dès qu'il y a mouvement, il faut couper l'influx. Le seul moyen de le faire, c'est les anesthésiques locaux. On fait des blocs périphériques ou centraux, tels que la péridurale par exemple. On ne lésine pas sur les moyens : le chaud, le froid, l'immobilisation quand il y a par exemple fracture. Ces moyens aident.

Les antidépresseurs et antiépileptiques sont des traitements à petite dose contre les douleurs neuropathiques. Et bien sûr les anxiolytiques. Le stress engendre la douleur et la douleur engendre

le stress. Cela ne me dérange donc pas de donner des anxiolytiques. Souvent, des patients ne prennent pas de morphine de la journée et pompent le soir. Il convient de voir ces patients qui peut-être ont davantage besoin d'un anxiolytique que de morphine.

Le principe d'administration et de surveillance de ces antalgiques est d'abord d'anticiper et d'associer les traitements, comme on l'a vu. Il faut agir à tous les niveaux. Et ça commence au bloc opératoire. En pré-opératoire, on fait des blocs, surtout en orthopédie, périphériques qui vont servir en post opératoire pour traiter la douleur. On fait d'abord des blocs périphériques, un péridurale, et ensuite on endort le malade. Ce sont des blocs analgésiques. En fonction de la concentration du produit, on traite la douleur post opératoire. Bien sûr, on peut mettre des catétraires pour poursuivre la rééducation le cas échéant.

ON donne de la kétamine qui est un anti-NMBA, un autre facteur sur lequel il faut agir pour éviter l'hyper algésie en post opératoire.

Enfin, le (inaudible), le paracétamol et les anti-inflammatoires qu'il faut donner une heure avant la fin de l'intervention pour avoir le bénéfice au réveil du patient. L'effet maximum de ces produits est à une heure ; Cela ne sert donc à rien de le donner quand le malade souffre déjà.

L'association de paracétamol et de profénil diminue la douleur, aussi bien au réveil qu'au bout de quarante-huit heures. La titration de morphine est beaucoup plus basse que si on donne du paracétamol ou du profénil seul. Après quarante-huit heures, la consommation de morphine est beaucoup plus faible que lorsqu'on donne une mono thérapie, que ce soit paracétamol ou profénil. En revanche, l'association des deux entraîne une épargne morphinique. Moins de morphine, moins d'effets secondaires si on donne ce produit systématiquement. Généralement, on les donne systématiquement pendant cinq jours environ. C'est la loi qu'il faut respecter. On le donne quarante-huit heures en intraveineuse, jusqu'à ce que le malade reprenne la voie orale et on continue en comprimés.

Les morphiniques : le malade se réveille en salle de réveil. On évalue avec une des trois échelles. On se base sur les chiffres inférieurs à trente minutes ; On vérifie la somnolence : est-il éveillable ? Est-il endormi ? La fréquence respiratoire ne doit pas être inférieure à dix. On vérifie également la saturation en oxygène. Selon les résultats, on peut ne rien donner, commencer à 3 mg ou 2 mg. Les doses sont diminuées de moitié chez la personne âgée. Si le patient a toujours une EVA supérieure à 30, on évalue au bout de 5 minutes qui est le délai d'action de la morphine et on réinjecte. Il n'y a pas de limitation de doses. On réinjecte jusqu'à ce que l'EVA descende en dessous de 30, une douleur faible, légère, supportable.

On prescrit pour le service. On titre en salle de réveil. Le malade passe en prescription, de la morphine sous cutanée ou orale. Le délai et la durée d'action sont exactement les mêmes. Si le malade peut s'alimenter, on peut donner en comprimés. Sinon, morphine sous cutanée. En fonction du poids et de l'âge, on détermine les doses.

La morphine ne se donne pas systématiquement comme les anti-inflammatoires, mais selon les EVA faites normalement toutes les quatre heures. Pour les infirmières, cela représente une surcharge de travail. Mais il faut évaluer toutes les quatre heures.

Le malade a mal et appelle l'infirmière. Si l'infirmière est occupée à traiter un autre patient, elle va mettre dix minutes à lui répondre. Elle vient, va l'évaluer, voir si la prescription est faite. La morphine souvent ne se trouve pas à l'étage. Le délai d'action de la morphine en sous cutanée est de 45 minutes à une heure. Le patient ne sera soulagé qu'après ce délai.

Il existe trois zones : la zone d'inefficacité, la zone d'analgésie et la zone d'effets secondaires. Vous avez la morphine sous cutanée. Le malade a très mal. L'infirmière vient injecter. On arrive à

l'analgésie. Il est analgésié pendant quatre heures, le délai d'action de la morphine en sous cutanée, avec une variabilité inter individuelle qui peut aller jusqu'à six heures.

Parfois on subit les effets secondaires. Malheureusement, beaucoup plus souvent, on reste dans la zone d'inefficacité. Il faut dans ce cas suivre le schéma : il faut revoir le malade une heure après l'injection et si l'UVA est toujours supérieure à 30 ou 40, on réajuste le traitement de 2,5 mg de morphine. Tout ceci doit bien sûr être prescrit.

Pourquoi est-il si difficile de prescrire une morphine sous cutanée ? Il faut connaître la pharmacocinétique de la morphine. Il faut connaître la concentration minimum efficace, c'est à dire efficace sans entraîner d'effets secondaires. Il faut se situer dans le couloir analgésique, savoir qu'il y a une variabilité inter individuelle. Deux individus du même âge, ayant subi la même intervention, ayant le même poids, réagissent différemment à la même dose de morphine. Il faut connaître la dose de charge égale à la concentration minimum efficace qui multiplie le volume de distribution. Il faut faire ce calcul et savoir que les métabolismes de la morphine sont également efficaces. Une fois la morphine métabolisée, elle continue à être efficace.

La solution est la titration continue. On ne peut fournir à chaque malade une infirmière qui va continuer à titrer. On met une pompe à morphine au malade qui est la technique de titration continue. Contrairement à ce qu'on peut penser, on peut l'utiliser entre 8 et 98 ans, pour peu que la fonction cognitive soit préservée et que le malade comprenne. On pensait avant que la personne âgée n'avait plus de centre de la douleur, que l'enfant n'en a pas encore. Ce n'est pas vrai. Les centres de la douleur sont déjà développés dans la vie intra utérine. La moyenne d'âge dans mon service à l'heure actuelle est de 70 ou 75 ans. On endort des centenaires et on peut mettre encore des PCA à 90 ans.

On a remarqué un haut taux de satisfaction, aussi bien des malades que des soignants. Cela engendre une réduction de la charge de travail infirmier et surtout on n'a quasiment pas de réajustement du traitement.

Le malade a mal. Il a un interrupteur entre les mains et appuie sur sa commande pour que l'injection se fasse directement dans la perfusion. Le soulagement arrive au bout de 5 minutes. Bien sûr, on a un intervalle de 5 à 10 minutes pendant lequel le malade peut appuyer et ne recevra rien. Il faut seulement informer le patient en consultation d'anesthésie la veille de l'intervention et après l'intervention en lui disant de ne pas attendre que la douleur soit très forte pour appuyer. Il vaut mieux de petites doses pour traiter de petites douleurs.

On titre en salle de réveil la zone d'analgésie et le patient s'injecte dès qu'il sent une gêne, un stress. Il arrive même que des patients ne s'injectent rien dans la journée, mais seulement la nuit. Cela ne me dérange pas ; Le fait qu'il ait cet interrupteur, de savoir qu'il peut s'injecter s'il a mal, cela diminue le stress et donc la douleur.

L'arbre décisionnel pour la surveillance de la somnolence et de la respiration, c'est fait toutes les 4 heures. La respiration doit être normale. Le patient est surveillé. Certains patients sont réticents à la pompe à morphine. Ils pensent qu'une fois la pompe à morphine entre les mains, on va les abandonner. Ce n'est pas le cas. Les infirmières continuent à venir voir le patient toutes les 4 heures pour voir s'ils sont très endormis. S'ils font des pauses respiratoires, on intervient. On arrête la pompe et on stimule en oxygène. On appelle l'anesthésiste.

Si on fait une prescription, il existe des arbres décisionnels pour traiter les effets secondaires ; On revoit les effets secondaires qui ne sont pas ceux de la pompe à morphine, mais ceux de la morphine, tels que l'hypotension, la rétention urinaire, la dépression respiratoire qui fait encore peur aux soignants, raison pour laquelle la morphine dans certains centres n'est pas prescrite la

nuit. Un malade qui a une pompe à morphine pendant son sommeil n'appuie pas sur l'interrupteur. Il ne fera donc pas de dépression respiratoire.

A l'heure actuelle, même en consultation d'anesthésie, on piste et on dépiste les patients sujets aux vomissements. On leur donne un traitement préventivement, au bloc opératoire et dans la pompe à morphine, avec la morphine, on ajoute du Droleptan, un anti nauséux et vomitif. Il existe aussi un traitement antidote de la morphine, toujours accroché à la pompe à morphine.

Enfin, pour éviter le prurit, le grattage, on donne un anti staminique ou bien l'antidote de la morphine.

Il faut bien sûr connaître les limites de la PCA. Certains patients ne comprennent pas les effets indésirables. L'analgésie est insuffisante en cas de douleurs provoquées. Comme je vous l'ai dit, la morphine est très efficace au repos, mais pas aux mouvements. A un patient que l'on va opérer de l'épaule et va être rééduqué, on met en pré-opératoire un caténaire le long du plexus nerveux. En post opératoire, on met une pompe. Au lieu de mettre une poche de morphine, on met une poche d'anesthésique local. Ces appareils peuvent servir à plusieurs traitements. Le patient a l'interrupteur et avant la rééducation, il peut appuyer pour avoir sa dose.

En conclusion, à l'heure actuelle, on ne pense plus à l'amélioration ou au bénéfice risque seulement. On pense aussi au bénéfice coût. Il faut une analgésie puissante pour faire une rééducation active, pour que le malade puisse se nourrir rapidement, pour qu'il puisse se lever et ainsi réduire la durée d'hospitalisation.

Je voudrais vous citer la théorie du double effet qui est celle de Saint Thomas d'Aquin. L'académie suisse des sciences médicales en 2004 en a tiré quelques phrases, disant que les analgésiques peuvent effectivement provoquer le décès, mais à l'heure actuelle et dans la majorité des cas, selon le dosage de la morphine, on peut atténuer la douleur sans abrégé la vie.

Merci.

Docteur Jean-Pierre ESTEBE ■ Je vais enchaîner avec une plaidoyer sur la douleur chronique et je vais d'abord remercier l'Association Hôpital 2000 qui nous permet d'être dans ces lieux illustres, avec des opportunités de remonter les informations. Je vais essayer de faire la défense de ce qu'on appelle la douleur chronique, probablement le parent pauvre maintenant de la prise en charge de la douleur.

Comme le Docteur Belbachir vous l'a exposé, nous avons fait des progrès, même si ce n'est pas net en termes de chiffres, pour la douleur post opératoire immédiate. On a maintenant un outil législatif et une prise de conscience de la nécessité des soins palliatifs. Entre les deux, il y a un parent pauvre, clé de voûte de l'ensemble, qui est la douleur chronique.

Je voudrais vous dire que j'ai une double activité et c'est nécessaire dans la prise en charge de la douleur chronique. Je suis de formation anesthésiste réanimateur et tous les matins au bloc. L'autre mi-temps, je le passe en consultations douleur. C'est fondamental car il faut apporter chacun notre spécialisation pour pouvoir traiter la douleur chronique. C'est un peu par les origines différentes des praticiens que l'on arrive à bien prendre en charge la douleur chronique. J'ai un autre mi-temps, une activité recherche, fondamentale aussi dans la compréhension des mécanismes de la douleur.

La douleur, il ne faut pas l'oublier, c'est le premier motif de consultation de tous les praticiens. On va voir n'importe quel spécialiste lorsqu'on a mal, hélas pour certaines consultations systématiques préventives. Mais le gros du standard, c'est la douleur.

Que sait-on de la douleur chronique ? D'abord, selon les pathologies, on dit que c'est une douleur qui perdure plus de trois mois. Je crois que ce n'est pas une bonne définition car un matin, on se réveille (on est tous dans la salle douloureux chroniques de quelque chose) et on se dit qu'on ne supporte plus cette douleur de la hanche, du genou, du dos, de la tête, etc. On décide de consulter et je crois que c'est à ce moment-là qu'on devient douloureux chronique, lorsqu'on entre dans le processus de consommation médicamenteuse et d'appel à l'aide de cette douleur.

J'ai pris quelques exemples comme la migraine, dont on dit que 20 % de la population en souffre. C'est plus prédominant chez la femme. Dans les publications les moins optimistes, pour le cancer, on dit qu'il existe une prévalence de l'ordre de 40 %. Et le reste des douleurs, comme la lombalgie, la myalgie, etc. , on a tous mal et surtout maintenant on a des problèmes de douleurs neuropathiques. Il s'agit de toutes les souffrances de fibres nerveuses, qui vont depuis la fibre nerveuse du bout du doigt jusqu'à des fibres nerveuses du système nerveux central, voire des souffrances psychologiques. Et c'est le gros recrutement maintenant de toutes les consultations de la douleur.

La prescription de la morphine est maintenant relativement large et connue par beaucoup de praticiens. Elle est relativement bien utilisée. Par contre, les douleurs neuropathiques sont complètement sous-estimées. C'est pour cette raison qu'on n'arrive pas encore à progresser sur la prise en charge de la douleur.

On sait que la douleur est discontinue. Même s'il y a un fond douloureux, on sait que cette crise douloureuse va évoluer par poussées. Elle est donc tout à fait discontinue et inconstante. Les choses sont compliquées parce que de nombreux facteurs sont impliqués et qui, par la recherche, ont permis de mettre le doigt sur un certain nombre de facteurs que je vais vous présenter.

Il y a la composante génétique. On sait qu'il y a des prédispositions génétiques pour une réception de la douleur. On n'est pas égaux devant la douleur. Il existe une très nette différence de la perception de la douleur en fonction du sexe, c'est maintenant clairement établi.

On sait que le rythme également joue, que les saisons, le jour, la nuit ont des retentissements sur la douleur très variables.

Il existe aussi les effets de stress, l'alimentation, la sédentarité qui font le lit des syndromes douloureux.

On sait aussi que la psychologie a une énorme action sur la douleur et que la douleur elle-même peut entraîner des états de dépression qui vont l'aggraver. Une dépression peut par ailleurs s'exprimer par des phénomènes douloureux. Il existe une inter connexion très importante avec l'approche psychologique.

Le contexte social intervient également. Entre une personne qui a une activité professionnelle et une personne qui n'en a aucune ou qui a des soucis professionnels, l'expression de la douleur sera fondamentalement différente.

La culture intervient également. Selon nos racines, notre culture religieuse, nos approches de la douleur sont très différentes.

Moins connu est l'effet de l'impact familial. On sait que quand on a eu dans la famille un douloureux chronique, on aura plus facilement des syndromes douloureux ; les statistiques le

prouvent. Peut-être mémorise-t-on dans l'enfance les bénéfices indirects de la douleur chronique sans en mesurer la souffrance.

Les agressions aussi font le lit des douleurs chroniques, qu'elles soient physiques ou sexuelles.

Tous ces facteurs doivent être pris en compte.

L'activité aggrave les douleurs, que ce soit des activités de mobilisation ou de soins. Il faut peut-être augmenter les traitements contre la douleur au moment où ces gestes seront faits.

Il existe aussi un effet de concentration. En consultation de la douleur, je fais l'inverse de ce que je fais le matin en anesthésie : je pousse les patients à reprendre des activités. La concentration a un effet de déplacement de la douleur qui fait qu'on tolère beaucoup mieux une douleur lorsqu'on a une activité qui nous plaît plutôt que de rester cantonné dans un lit. Cela peut aussi faire le sujet d'une discussion.

On est arrivé maintenant à la conclusion qu'il fallait impérativement que l'analgésie ne soit pas contrôlée par le praticien mais par le patient lui-même. C'est l'analgésie contrôlée du patient. Les études ont démontré que l'on prenait de cette manière plus efficacement en charge la douleur. Si la douleur est mieux prise en charge, les soins sont mieux faits. On a donc moins de complications.

L'impact économique est majeur : si on a une bonne prise en charge de la douleur, on aura une diminution de la durée d'hospitalisation ; des arrêts de travail ; etc. Le retentissement social est majeur dès que les patients seront bien pris en charge.

Les doses antalgiques seront bien sûr diminuées, puisque mieux réparties. Les effets secondaires sont diminués d'autant.

On constate une diminution du risque de chronicisation. Grosso modo, quand on se fait opérer, on a 10 à 30 % de risques, en fonction du profil psychologique dans lequel on prépare l'intervention, d'être douloureux chronique après l'intervention chirurgicale.

Nous devons faire des progrès thérapeutiques sur tous ces plans.

Les méthodes les plus anciennes, professées dans les universités, sont les sous cutanées et intra musculaires. Elles ont montré leurs limites. Nous avons maintenant des formes orales, très intéressantes, à libération lente ou immédiate, qui permettent de prendre le traitement toutes les 12 heures. Quand le patient a une crise douloureuse plus importante, il dispose de formules à libération immédiate qui permettent de prendre en charge sa douleur. On a une analgésie contrôlable par le patient grâce à ces formules.

On dispose également de la possibilité d'absorption par voie transcutanée. C'est collé au niveau de la peau. C'est une absorption transcutanée. Le patient appuie à ce niveau et se délivre une dose. Là aussi, c'est très contrôlé et non plus à débit continu. Le patient auto contrôle son analgésie en fonction de ses crises, des gestes qui lui sont imposés et qui pourraient potentiellement être dangereux.

Bien sûr, la bonne pratique, c'est les pompes à morphine qui vont permettre de bien prendre en charge les patients en termes d'utilisation.

On sait que la voie intra nasale est aussi en voie de développement actuellement pour pouvoir auto traiter les douleurs.

Il existe également l'analgésie loco-régionale pour l'analgésie post opératoire, maintenant très largement indiquée dans les douleurs chroniques. On positionne un caténaire le plus près possible du nerf de façon à bloquer la conduction nerveuse et c'est pratiquement la technique la plus efficace, même dans les douleurs chroniques.

Cela permet de prendre en charge les patients. La seule particularité est que c'est très lourd à mettre au point, parce que ce n'est pas un anesthésiste qui pose la caténaire et qui va résoudre le problème. Il faut tout un réseau de soins, des médecins traitants, des infirmières, des rééducateurs, des pharmaciens. Cela nécessite une coordination énorme pour réussir à monter ces prises en charge de douleurs chroniques par les techniques de caténaires qui vont des faire pendant deux à trois semaines, soit en hospitalisation ou à domicile, avec la même pompe à morphine.

Ces techniques fonctionnent très bien sur les douleurs neuropathiques, puisque le meilleur coupe-circuit est de couper la conduction nerveuse. Les indications pouvant être utiles dans ces techniques sont très largement sous développées pour deux raisons essentielles : pour le problème technique, l'existence de pompes, et surtout pour la difficulté actuelle de monter des réseaux de soins par ces techniques de caténaires.

Il existe aussi l'analgésie contrôlée par la stimulation électrique. Il existe des techniques très confidentielles, qui sont la stimulation talamique pour des douleurs talamiques avec des sondes ; C'est le neurochirurgien qui implante. Ce n'est pas très particulier.

Par contre, ce qui est majeur, c'est la stimulation électrique transcutanée avec des patients qui se collent des électrodes en fonction des territoires douloureux et vont pouvoir par cette stimulation s'assurer un seuil d'analgésie. Là aussi, on a fait d'énormes progrès. On a désormais de nouveaux neuro-stimulateurs, qui permettent de bien prendre en charge ces douleurs. Elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale en partie lorsqu'elles sont prescrites par les consultations de la douleur ; mais là aussi, on manque énormément de ce type d'appareils pour essayer sur certains patients de façon rapide de trouver une réponse par la stimulation électrique. Là aussi, on retrouve les mêmes indications que pour toutes les douleurs neuropathiques. Que l'on ait un cancer, un traumatisme, une compression, tout ça passe par des compressions des fibres nerveuses. On tourne toujours maintenant autour de ces problématiques de souffrance des fibres nerveuses.

On peut le faire de façon plus pertinente, par une technique proche de la péridurale. On pose en percutané une sonde qui au lieu d'être un caténaire est une sonde de stimulation électrique. On l'a développé au niveau de mon service en particulier. On peut mettre des sondes contre la moelle épinière et assurer une couverture par exemple d'une douleur lombaire ou sciatique.

On peut le faire pour les douleurs post opératoires, les échecs de chirurgie. Des patients opérés de hernie discale par exemple et qui ont des douleurs post opératoires, de souffrance nerveuse, sont bien pris en charge par les stimulations électriques permettant de traiter ces douleurs neuropathiques. Quand les patients répondent bien à ces stimulations électriques, au bout d'un certain temps, on va jusqu'à implanter ces sondes de stimulation de façon définitive et soit le patient va se stimuler en externe et on retrouve à nouveau le stimulateur que je vous ai montré tout à l'heure soit on va implanter le stimulateur en interne et le patient, avec un aimant, va ouvrir ou fermer le stimulateur en fonction de ses crises douloureuses.

Il existe bien sûr d'autres médicaments. On a les antiépileptiques. On en prend désormais pour les convulsions périphériques des nerfs. On utilise les antidépresseurs qui sont également antalgiques au niveau de la moelle épinière. C'est important que les patients sachent qu'on les met sous antidépresseurs pour la douleur.

La Kétamine vient de l'anesthésie. On a clairement une efficacité analgésique.

La (inaudible) est un antihypertenseur qu'on peut utiliser en traitement antalgique.

Il ne faut pas oublier que, quand on a des douleurs, le fait d'avoir des nausées et vomissements, que ce soit chimiothérapie ou après une chirurgie ou après une lombalgie, les efforts de vomissements vont exacerber la douleur. On a désormais des molécules très pertinentes et très efficaces.

C'est tout un panier de la ménagère qu'il faut gérer pour prendre en charge ces douleurs chroniques.

Les perspectives : que peut-on espérer de la recherche ? Il nous faut fondamentalement un marqueur biologique. On a des marqueurs biologiques de l'insuffisance hépatique, de l'insuffisance rénale, de l'insuffisance respiratoire. On ne l'a pas pour la douleur. Ce serait fondamental. Si on avait un marqueur, ça nous permettrait de savoir si c'est une douleur d'origine nerveuse ou purement psychogène, etc. Il ne s'agit pas de dire au patient : « Vous êtes fou ! », mais de savoir quelle est l'origine de sa souffrance et s'il faut la traiter. On pourrait évaluer le traitement grâce à un marqueur. Si le patient traité ressent toujours la même douleur, c'est que j'ai pris en partie en charge sa douleur mais cela signifie que manifestement il existe une composante psychologique ou dépressive derrière.

Il est important de savoir que, lorsqu'on aura cet outil, on passera du traitement symptomatique de la douleur, pour l'instant relativement insatisfaisant, même sur le plan intellectuel, et on passera à un traitement étiologique et on sera beaucoup plus efficace.

Pour faire de la recherche, on manque de moyens. On a des modèles expérimentaux. Le généon, l'analyse de la cellule, des marqueurs, des récepteurs, nous permet de localiser les récepteurs. On en est au stade où on décrit des sous-types de récepteurs. On essaie d'expliquer l'interaction en fonction de ces différents récepteurs. Mais tout ça ne nous donne qu'une idée locale au niveau de la cellule. On est un peu limité pour l'interprétation de ces données.

L'expérimentation animale, pour la douleur aiguë, c'est relativement facile. Pour la douleur chronique, on a quelques modèles comme par exemple faire une ligature du nerf sciatique chez un rat pour voir son comportement douloureux. Par contre, on n'a pas ce qui se rapproche le plus de la clinique, le modèle de chronicisation, un modèle douloureux aigu qui, au fil du temps, devient chronique et fait qu'on ne supporte plus sa douleur. Pour l'instant, on n'a pas réussi à mettre au point un modèle expérimental.

Au niveau de l'homme, on a un certain nombre de données, en particulier les études sur le volontaire. Ce sont essentiellement des études sur la douleur aiguë. Il est facile de provoquer une douleur modérée pour étudier la réponse aux médicaments. Si on veut faire des études sur la douleur chronique, on n'a pas d'études réellement sur volontaires. On doit travailler sur les patients douloureux chroniques. Il est très difficile d'interpréter car, quelle que soit la puissance des études et le nombre de malades, compte tenu du fait que la tessiture de nos malades est très variable, on a des difficultés d'interprétation de nos données.

On peut également faire des études d'épidémiologie, rétrospectives dans un premier temps. C'est plus efficace en prospective. Cela veut dire qu'on va essayer d'analyser ce que consomment les gens. Quel est leur degré d'automédication ? Quel est leur respect des prescriptions médicamenteuses faites ? Il ne suffit pas de faire des prescriptions médicamenteuses. Si elles sont mal expliquées, elles seront mal suivies. Les patients auront mal parce qu'ils ne suivent pas ou au contraire font des excès. La migraine par exemple est parfois entretenue par des médicaments.

Il faut un certain nombre de choses pour comprendre. On a des techniques maintenant d'IRM fonctionnelles, qui nous permettent de voir ce qui se passe au niveau cortical. Le seul problème,

c'est que pour l'instant, on ne sait pas très bien faire la corrélation entre ce qui s'allume au niveau cortical et la physiologie de la douleur derrière. On a vraiment des outils, mais peu satisfaisants.

Parmi les récepteurs, on a la fibre C, qui conduit la douleur et la fibre A assure la motricité et arrive au niveau de la moelle épinière. Les biologistes ont mis au point un ensemble de récepteurs. On a trois récepteurs à morphine, et tous les autres sont des récepteurs dédiés à la douleur, et en particulier le récepteur NMDA sur lequel agit la fameuse Kétamine. On sait maintenant clairement qu'il existe une interaction entre le récepteur NMDA et les récepteurs à la morphine.

Par exemple, pour l'analgésie post opératoire, on a bien montré que, si on faisait une trop forte dose de morphinique, on avait des excès de douleur. Le fait de bloquer les récepteurs morphiniques fait qu'on a une excrétion accrue de ces récepteurs qui provoque une douleur plus intense. Maintenant, en titration morphinique, on associe toujours pratiquement la Kétamine pour réduire cette consommation. On est probablement seulement au début de cette compréhension de ces boucles parce qu'on sait que, chaque fois qu'on bloque un récepteur, un récepteur à côté s'internalise ou s'externalise. Tout est dynamique. La douleur aiguë ou la douleur chronique, c'est toute une problématique de modification de ces récepteurs qui fait que dans le temps, on ne va pas parler de la même pathologie.

Il y a une nécessité de la recherche des médicaments. La recherche industrielle existe ; c'est important. Mais la recherche universitaire est fondamentale également, et là, on est très pauvre à ce niveau, tant en France que quasiment dans le monde. Ce n'est peut-être pas une volonté des tutelles. Mais si on veut avoir une accessibilité des médicaments, celle bivalence est indispensable. Les moyens sont bien sûr au niveau de l'industrie, mais si les laboratoires d'université ne sont pas derrière pour reprendre le flambeau, on risque de manquer un certain nombre de progrès thérapeutiques.

J'ai pris quelques exemples, comme la péridurale. Tout le monde connaît la péridurale, en obstétrique en particulier, ça fonctionne bien. Le seul problème est que ça fait des années qu'on ne sait pas comment ça fonctionne. Quand on introduit des anesthésiques locaux dans la péridurale, on se retrouve dans un espace qui n'est pas litidien, mais cellulaire. On a supposé – et on avait raison – que ces anesthésiques locaux traversaient une membrane, passent dans le liquide céphalo-rachidien et agissent. Maintenant, des techniques de microdialyse nous permettent de savoir exactement ce que fait le produit au moment où on l'injecte. On sait exactement le profil des anesthésiques locaux qui vont être donnés lors des différentes injections. On sait exactement ce qui se passe au niveau intratécral puisque là aussi on peut doser. Avec ces outils, on va comprendre de mieux en mieux les mécanismes d'action, quels facteurs vont modifier les passages trans-membranaires, ce qu'il faut ajouter ou supprimer pour augmenter l'efficacité de ces produits. Pour vous donner un ordre d'idée, quand on injecte en péridurale, seulement 10 % du produit est actif. Quand on fait 30 ml d'anesthésiques locaux en péridurale, il n'y a que 10 % de la dose qui est active. Quand on va réussir à comprendre les passages trans-membranaires, on pourra également optimiser la prise en charge de la douleur.

La recherche industrielle a fait d'énormes progrès aussi. Les récepteurs de l'inflammation ont été clonés. On s'est rendu compte qu'il en existait deux types, Cox 1 et Cox 2. On connaissait les anti-inflammatoires classiques qui se fixaient sur ces deux récepteurs. C'est le premier exemple où la recherche a été un peu dynamique. On sait que telle partie a un effet analgésique et telle autre un effet toxique des anti-inflammatoires, en particulier les ulcères à l'estomac. On a demandé à l'industrie des molécules adaptées. C'est ce qui a fait couler beaucoup d'encre dans les médias, et également au niveau de la bourse où les retentissements ont été importants. L'intérêt était d'imaginer une molécule dont la spécificité était déterminée avant d'être utilisée pour se fixer au bon endroit. L'industrie a permis de faire d'énormes progrès et de mettre au point des anti-inflammatoires spécifiques beaucoup plus efficaces en termes d'effets secondaires sur l'estomac.

Actuellement, on parle beaucoup des effets cardio-vasculaires. Nous devons prendre du recul sur le sujet.

La chirurgie également a fait d'énormes progrès. Elle est assistée par ordinateur, elle peut être préventive, on met des prothèses partout où on veut. Elle est renforcée maintenant par la radiologie dite interventionnelle, ou l'endoscopie interventionnelle. Par tous ces moyens, on peut également, préventivement ou de façon thérapeutique, faire de nombreux gestes en mini chirurgie.

La lombalgie est un exemple ; elle représente un coût très important pour la société. Quasiment 60 à 80 % de la population fait une crise de lombalgie. Toutes les publications nord américaines ont analysé ces choses et c'est le coût social qui a provoqué la création des pain centers il y a une vingtaine d'années aux Etats-Unis. Une lombalgie représente 15 % des arrêts de travail. Ce n'est pas énorme ; mais elle est responsable de 50 % de l'absentéisme. Elle ne représente que 7 % des arrêts de travail de plus de six mois. On peut penser que c'est négligeable. Mais en coût social d'indemnisation, c'est 75 %. La probabilité de reprise du travail lorsqu'on souffre plus de six mois diminue, puisqu'à un an, elle n'est plus que de 20 à 30 % et quasiment infime au bout de deux ans. Un lombalgique qui n'a pas repris le travail depuis deux ans n'a quasiment aucune chance de reprendre le travail. Cela entraîne un coût social énorme.

En chirurgie, au lieu de faire de grandes incisions, on fait de petits gestes et on reconstitue l'espace discal ; le patient souffre moins. On passe des grosses chirurgies très délabrantes, très algogènes en post opératoire et probablement en chronicisation à des chirurgies beaucoup moins lourdes. Le surcoût de la chirurgie lombaire est cependant estimé à 2 milliards par an, pour la prise en charge de la lombalgie. Autrefois, on ne redressait que les colonnes très déformées ; maintenant, on fait davantage d'interventions plus légères, qui ont un but antalgique.

Cela dit, le coût social est énorme et les industriels sont bien sûr derrière parce que tout ça nécessite du matériel spécifique qui sera à vendre ; ce n'est donc pas anodin. Une publication du (Lamset) de l'année dernière considère qu'il faut prévoir une estimation de 18 à 20 % d'augmentation de cette chirurgie lombaire.

Je vais vous raconter une petite histoire : un patient développe une hernie discale avec une siatalgie, avec une douleur importante. Il n'a ni problème social ni problème professionnel. Il va consulter le médecin parce qu'il a une EVA supérieure à 5 ou 6. C'est la douleur qui le décide à consulter le médecin. Il est opéré. Tout se passe bien. Tout rentre dans l'ordre. Il n'y a pas de souci. Il est un peu lombalgique chronique, mais en dessous de 3. Donc, il reprend son travail et ne se pose pas de problème.

Ensuite, le même patient avec une douleur à peu près similaire se trouve avoir de petits problèmes professionnels. Il est opéré avec le même résultat chirurgical, mais on n'a pas pris en charge ses problèmes socioprofessionnels et psychologiques. Ce patient reste dans le monde de la douleur chronique, très nettement au-dessus. Ici on a une prédominance des problèmes personnels. Là aussi, le résultat chirurgical va être satisfaisant. Là aussi, le résultat global ne sera pas satisfaisant. Le patient restera dans le domaine chronique.

Maintenant, le patient qui a été bien opéré fait ce qu'on appelle une épidualgie post opératoire, une cicatrisation au niveau de la moelle épinière qui fait que ça engaine ses fibres nerveuses et il souffre un peu, en dessous de 3, donc c'est tolérable. Le seul problème, c'est que c'est lancinant ; ça l'ennuie toute la journée. Du coup, il commence à avoir des problèmes personnels, des problèmes professionnels. Il est « ronchon ». Il ne répond pas très bien.

Ces trois patients vont rester dans le domaine de la chronicité et vont consommer de plus en plus de médicaments et de plus en plus d'arrêts de travail. Ce sont ces patients qui vont poser d'énormes problèmes de reclassement professionnel.

Autre thérapeutique : bien sûr, il existe d'énormes autres techniques permettant d'améliorer le comportement des patients. On parlait de la prise en charge des psychiatres. S'il manque beaucoup de psychiatres dans les hôpitaux psychiatriques, il en manque encore plus dans les consultations de la douleur. Il n'y en a quasiment pas. Or, c'est dans le cahier des charges des consultations de la douleur d'avoir des psychiatres qui puissent nous renforcer. Nous travaillons davantage avec les psychologues parce que nous n'avons pas suffisamment de psychiatres dans nos consultations.

Il faut impérativement que les patients soient pris en charge, réévalués sur leur poste de travail, voire éventuellement bénéficient de stages de reclassement professionnel pour pouvoir les optimiser et leur montrer que, non seulement on les traite pour la douleur, mais au niveau de ce qui s'en suit.

Il existe également beaucoup d'autres approches, moins agressives, mais qui ont une certaine pertinence dans la prise en charge de la douleur chronique.

Quelques pistes de recherche : prévention et traitement précoce des lésions. Comme l'a dit le Docteur Belbachir, plus on va traiter précocement une douleur, moins on a de risques qu'elle se chronicise. Dans le cas d'une amputation, si on applique une technique de péridurale ou de loco-régionale deux à trois jours avant l'amputation, on a très peu de chances d'avoir ce qu'on appelle le syndrome du membre fantôme douloureux. C'est très important.

Restaurer la fonction du signal, c'est plutôt du mode du cancer. Des choses étonnantes défient l'intellect, pour moi en tout cas, c'est comment on peut développer des tumeurs de trois à quatre kilos sans aucune douleur alors qu'on va souffrir d'une simple éraflure du bout du doigt parce qu'on est convaincu que le système nerveux ne remplit pas sa fonction. Le jour où on aura bien compris les signaux de la douleur, on pourra peut-être éveiller le signal douleur et ces douleurs surviendront très tôt. Il ne faudra pas attendre que le cancer de l'œsophage soit complètement occlusé pour le dépister parce qu'on aura peut-être des douleurs thoraciques plus précoces.

En ce qui concerne la génétique, on sait qu'on n'est pas égaux devant le médicament. On sait qu'on n'est pas égaux devant la douleur. On sait que certains métabolismes sont produits de façon différente en fonction du foie, du tube digestif, qui fait que, pour la même dose de médicaments, on n'aura pas la même réponse.

D'autres choses sont plus à la mode, comme les régimes. Il y avait les Omega 3. mais les acides gras polyinsaturés de façon globale ont une action analgésique. Les polyamines ont une action analgésique majeure. Les radicaux libres aussi sont de très bonnes molécules. Beaucoup de molécules nouvelles sont en cours d'évaluation, qu'elles soient d'origine naturelle parce que pour l'instant, on n'a hélas pas trouvé mieux, ou synthétiques. On a bien montré que les fumeurs souffrent moins (je ne fais pas l'apologie du tabac) en post opératoire grâce à la nicotine. Même sur les modèles douloureux des volontaires, dès que l'on met un patch de nicotine, on a beaucoup moins mal.

Dans les années à venir, nous devons arriver à former le patient. Il doit avoir des informations et bien sûr nous devons lui assurer un certain nombre de démystifications. Il doit être convaincu que si on le met sous morphine, il n'a pas nécessairement un cancer. S'il est sous antiépileptiques ou sous antidépresseurs, c'est simplement parce que c'est un complément de son traitement. Il doit connaître les techniques. Si on fait une technique d'anesthésie loco-régionale, le patient va être bloqué pendant trois semaines. Il aura un bloc sensitif. Il n'aura plus mal, mais il aura aussi un bloc moteur. Cela suppose une gestion très lourde.

Il doit connaître les mécanismes. Il faut prendre le temps de lui expliquer les différents mécanismes pour qu'il comprenne les effets secondaires, de façon à gérer lui-même la dose. Ce

n'est pas la dose que je prescris lors de la consultation. C'est : « Vous augmentez si ça ne marche pas ; vous diminuez si vous avez des effets secondaires. »

Une chose me paraît très importante : ne pas lui dire : « On va vous guérir. » On va surtout essayer d'avoir un profil bas et lui expliquer qu'il était de toute façon douloureux chronique avant, mais qu'il le supportait bien, et qu'on va essayer d'avoir des contrats relativement humbles face à ces douleurs et tenter de les réduire. En consultation, je dis souvent : « Je vais essayer de réduire de 50 %, mais c'est peut-être le mieux que je puisse faire. » Tous les patients l'acceptent parce qu'il ne faut surtout pas parler de zéro douleur. Un des travers de la législation, on le reçoit maintenant tous les jours en post opératoire ou en consultation de la douleur. Des patients nous disent : « Je viens là, j'ai mal et j'ai le droit de ne pas avoir mal. » Il faut expliquer que ce n'est pas le zéro douleur qu'on obtient généralement, mais le 2, 3, qui nous permet de bien travailler. De temps en temps, on arrive au zéro, heureusement, mais ce n'est pas ce qu'on recherche au départ. Il vaut mieux que les choses rentrent dans l'ordre tout doucement.

Les structures de soins doivent également être améliorées. Il nous faut du matériel. C'est peut-être le plus facile. Le problème est davantage au niveau de la formation du personnel et du financement de ces budgets. Les CLUD, Comités de Lutte contre la Douleur, créés par des directives nationales, ont tendance à essayer d'homogénéiser un peu les choses et ont une importance au niveau des réseaux dans un hôpital, entre les spécialités et au sein de la même spécialité, pour essayer de progresser sur les protocoles sur une discussion de prise en charge.

Nous devons avoir un enseignement et de la recherche. Nous devons avoir une spécialisation qui n'existe pas encore. Cela commence à entrer dans le cursus médical. Il est question au fil des années de créer une spécialisation de la douleur, au sens large du terme : douleurs chroniques, douleurs aiguës, traitements palliatifs.

Il faut qu'il y ait des laboratoires. Si nous sommes à la merci des industriels, bien sûr des progrès vont apparaître, mais de nombreux pans ne seront pas couverts parce que ça ne sera pas intéressant sur le plan commercial. On passera donc à côté de tas de molécules qui, dix ans plus tard, feront leurs preuves. Je vous ai montré la Kétamine, dont on n'avait pas imaginé qu'elle serait un antalgique, et qui est quasiment aussi puissante que la morphine. Des tas de molécules sont remises en cause, et ce ne sont pas des laboratoires qui vont faire des études sur la kétamine, puisque c'est une ancienne molécule déjà produite. Il n'y a pas d'argent à gagner sur elle et elle n'est pas cotable en bourse. Nous devons donc avoir impérativement des laboratoires universitaires. Les tutelles doivent nous donner des signaux puissants. Nous devons avoir également une codification des actes. Cela s'améliore avec la T2A. Pour les soins palliatifs, c'est quasiment le désert pour ce qui est des traitements de douleurs chroniques. Nous devons avoir des signes d'orientation précis. Il faut qu'on nous donne les moyens de financer. Tout ça va faire une boucle.

La prise en charge de la douleur est très difficile parce que c'est très horizontal. Tout le monde est concerné par ça depuis la secrétaire qui va accueillir le malade, l'aide-soignante, l'infirmière du service, les différents praticiens et ça nécessite une prise en charge transversale. Localement, maintenant, voilà ce qu'on aimerait avoir. Ce n'est pas encore complètement réalisé. On a amélioré les structures de soins palliatifs. Les CLUD commencent à se faire, même si pour l'instant c'est seulement une étiquette CLUD qui n'a pas sa fonction. On espère qu'au fil des années, il y aura une prise en charge de plus en plus importante de ces CLUD. Il faut qu'il y ait des consultations multidisciplinaires. Le terme est fondamental, car il ce ne doit pas être deux ou trois praticiens, mais un rhumatologue, un neurologue, un psychiatre, un dentiste, un stomatologue, un mésothérapeute, etc. Il faut que l'on puisse créer des réseaux intra hospitaliers.

Une collaboration étroite entre le service public et le service privé est nécessaire. Des gestes peuvent être faits en clinique. Des diagnostics peuvent être faits en raison d'un matériel lourd type

IRM au niveau du service public. Au niveau régional, il faut aussi une collaboration entre les CHU et les CHG ; des cliniques avec les cabinets de médecins généralistes. Tout ça doit être fusionné. La difficulté de monter ces réseaux de prise en charge de la douleur vient du fait que les intervenants ont pris depuis très longtemps l'habitude de vivre chacun de son côté et surtout pas l'un avec l'autre, et faute de divorce, il va falloir réunir la famille. Et ça va être difficile.

Au niveau national, on a des sociétés savantes. Les deux principales sont la Société d'Anesthésie parce qu'on est en première ligne à ce niveau et aussi la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, dédiées à la prise en charge de la douleur.

On ne vivrait pas si on n'avait pas le système associatif derrière qui nous pousse un peu. Je remercie Hôpital 2000 et en particulier Madame JAMBON pour cette participation à ce travail au niveau national.

Je demande aux tutelles de nous donner un cadre législatif clair qui nous permette de nous exprimer ; les moyens de fonctionner au niveau des consultations de la douleur ; et, tout aussi important, les moyens de faire de la recherche. Si on n'a pas ces moyens, tout le reste va s'écrouler.

Au niveau international, on a des structures de soins, l'OMS, mais il faut savoir qu'il existe maintenant des associations des praticiens de toutes origines qui ont créé la ISP. Cette institution a travaillé – et c'est peut-être une occasion de modifier la loi et de faire des regroupements – sur le fait d'introduire le fait que l'accès au traitement de la douleur est un droit de l'humanité. Il a été reconnu et va être maintenant le porte-drapeau des journées mondiales de la douleur, dont la dernière a été la première au mois d'octobre. Ces journées ont pour but de sensibiliser toutes les institutions et le public sur la nécessité et le droit à l'accès au traitement. Ce qui ne signifie pas l'efficacité du traitement. Il convient d'essayer d'être le plus efficace possible sans être le moins délétère.

En conclusion, c'est chaque fois la même chose : il y a des droits et des devoirs. Il faut expliquer au patient qu'il y a un seuil qu'on ne va pas dépasser pour éviter d'être trop toxique. Les praticiens ont le devoir de traiter tous les malades. Par contre, on doit aussi avoir les moyens de fonctionner. Il est clair que la société a le devoir de nous donner les moyens de fonctionner, mais elle a aussi le droit de nous demander des comptes. Nous devons assumer aussi cela.

Je ne sais pas de quoi sera fait l'avenir. Cela commence à se clarifier avec la recherche notamment. Nous avons aussi besoin d'aide. C'est peut-être un peu grâce à des journées comme celle-ci que nous obtiendrons votre participation.

Je vous remercie.

Anne-Marie TREBULLE ■ Mon intervention va être beaucoup plus concrète que celles de mes collègues. Je ne suis pas médecin, mais infirmière.

Il me paraît important de vous rappeler la définition des soins palliatifs, dont nous parlons depuis ce matin. Ce sont des soins actifs ; Il ne s'agit pas simplement de tenir la main du malade, mais vraiment d'agir dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte les souffrances psychologiques, sociales et spirituelles. Monsieur DERIOT nous a parlé de souffrances psychologiques et sociales. En soins palliatifs, on prend aussi en compte la douleur spirituelle. En fin de vie, c'est quelque chose qui apparaît très souvent. Les soins

palliatifs sont indissociables de l'accompagnement. Ils sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, au domicile ou en institution.

La définition continue en disant qu'ils considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil.

Parmi les objectifs des soins palliatifs, on peut en retenir deux : l'amélioration de la qualité de vie du malade par l'apaisement de ses souffrances et de son inconfort, avec des traitements adaptés. Lorsque ses douleurs physiques sont calmées, on se rend compte d'une émergence des autres composantes de la douleur qui n'apparaissent pas forcément immédiatement puisque la douleur physique est la partie visible de l'iceberg.

Le deuxième objectif est l'accompagnement de la personne dans son cheminement au cours de sa maladie et à l'approche de la mort par l'apport d'une écoute attentive et par l'accompagnement de son entourage. L'esprit des soins palliatifs est dans cette prise en considération des souffrances du malade dans toute leur dimension. Vraiment, on insiste sur toutes les dimensions.

Concrètement, la prise en charge physique, qui est à prendre en compte initialement, est réalisée par l'association de traitement de fond et par ce que nous appelons des avant-soins ou des interdoses. Ce sont des prescriptions que les médecins nous font en cas de besoin et qui permettent de pallier aux différentes souffrances qui vont apparaître lors de la mobilisation avant un soin sans attendre que le médecin passe, ce qui nous donne une marge de manœuvre.

Pour vous expliquer tout ça, j'ai pensé que c'était plus simple de vous raconter une histoire. Il s'agit d'un cas concret qui s'est passé chez nous. Monsieur A a 57 ans ; il est professeur en activité. Il est marié, a deux enfants dont un fils de vingt ans qui vit encore avec lui. Il est atteint d'un cancer bronchique diagnostiqué en avril, avec des métastases hépatiques et surtout des métastases osseuses ayant occasionné une compression médullaire en août avec une paraplégie totale. Il n'a plus la possibilité de bouger les jambes et souffre de troubles sphinctériens.

Arrivé chez nous en septembre, Monsieur A exprime assez rapidement son désir de rentrer chez lui, après le soulagement de ses douleurs. Celles-ci sont dorsales avec une irradiation en ceinture haute, une sensation d'étau, et dans l'épaule gauche. Il a un antécédent de fracture de l'humérus sur une métastase osseuse l'été précédent. Les douleurs seront calmées avec un traitement continu associant de la morphine, du laroxy, un antidépresseur agissant sur les neuropathies et du Voltarène, un anti-inflammatoire. En plus de son traitement de fond, administré par une PCA, il a un avant soin systématique le matin avant sa toilette, mais ne réclame jamais d'interdoses dans la journée. Il mange correctement. Son transit est très satisfaisant. Il a toutefois une escarre qui évolue rapidement. C'est le contexte de Monsieur A.

Quinze jours après son arrivée, ses douleurs physiques ont été équilibrées et il descend dès qu'il le peut en fauteuil au jardin avec sa femme et son gendre. Le couple est très uni et Madame A s'inquiète énormément pour lui. Ils ont un projet en cours de construction de maison qui leur tient à cœur. Son discours quant à l'évolution des choses est assez variable. Au début de son hospitalisation, il a exprimé le regret de ne pas avoir pu assurer la rentrée scolaire. Peu à peu, il a cessé de parler de récupération possible au niveau de ses jambes. Son projet de retour à la maison reste toutefois très mobilisateur pour lui, d'autant qu'il semble rassuré de savoir qu'il pourra revenir chez nous. Nous avons des lits qui nous permettent d'accueillir les malades en urgence. Les malades repartis au domicile peuvent revenir à n'importe quel moment et c'est un grand soulagement pour la famille de savoir qu'ils ne sont pas tout seuls au domicile avec leur angoisse.

Au fil des jours, Monsieur A semble assez éprouvé. La mobilisation redevient plus difficile. Son épaulement le fait souffrir. Il ne demande plus d'inter doses ; il a la pompe à morphine. Sa douleur ne nous semble pas exclusivement physique. Nous poursuivons en équipe le travail d'accompagnement et vers la mi-octobre, il réussit à s'exprimer devant sa femme et à expliquer sa tristesse devant la fuite de sa mère qui vient peu le voir et devant ce projet de maison qu'il ne connaîtra pas. Le dialogue se réinstalle alors dans le couple. Madame A lui explique que sa mère reste peu de temps, non pas par indifférence, mais parce qu'elle ne peut pas retenir ses larmes et qu'elle n'ose pas pleurer devant son fils. Quant à la maison, même si elle doit l'habiter seule, c'est un projet commun et elle lui redit toute l'importance qu'il a pour elle pour mener à bien ce projet.

Monsieur A nous expose en équipe son soulagement d'avoir pu comprendre l'attitude de ses proches. Les inter doses de morphine diminuent et quelques jours plus tard, Monsieur et Madame A fêtent dans le service leur anniversaire de mariage. Il sortira finalement fin octobre avec une hospitalisation à domicile, deux passages de soignant par jour. Comme il connaît le fonctionnement de sa pompe à morphine, ça les rassure, autant sa femme que lui-même, de savoir qu'il a les moyens de calmer sa souffrance à domicile sans attendre la venue de son médecin traitant. Il reste chez lui jusqu'à fin novembre, date où il ressent une violente douleur au bras lors d'une mobilisation. IL est ré-admis à la maison médicale où le diagnostic de fracture de l'humérus est posé. A son arrivée, il a toujours sa pompe à morphine.

Dès son retour, il exprime le souhait de rentrer de nouveau chez lui. Il est très soucieux du sort de son épouse qui (je cite) « a tant à porter ». Madame A a besoin d'être soutenue au retour de son mari. Elle culpabilise énormément parce qu'elle lui a caché ses métastases osseuses. Elle est contente et se sent sécurisée par sa ré-hospitalisation. Les premiers jours se passent avec une comptabilisation des demandes de bonus. La dose de fond peut être réadaptée. Monsieur A garde toujours bien présente l'idée d'un retour chez lui. Il est déprimé chaque fois qu'un événement indésirable paraît retarder le retour à domicile. Les demandes diminuent ; Monsieur A repart de nouveau chez lui quinze jours plus tard. Il a bien compris que le cancer avait diffusé au niveau osseux. Il n'a plus de traitement symptomatique. Il repousse l'idée de mort pour pouvoir vivre pleinement le temps qui lui reste à vivre. Il dit : « On me parle de tout ça, c'est bien. Mais ce n'est pas la peine d'en parler tout le temps. » En fait, il veut vraiment continuer à se battre. Il revient dix jours plus tard lors d'un épisode d'aggravation. Il souffre alors de douleurs cervicales qui nécessitent l'augmentation de son traitement morphinique. Il exprime plus vivement sa souffrance morale : « Si je dois mourir, il vaut mieux que ce soit tout de suite car la souffrance de ma femme est insupportable. » Son angoisse augmente et il demande à être soulagé. Les médecins reprennent le traitement anxiolytique qui le calme. Il décèdera paisiblement deux jours plus tard, à la maison médicale, entouré de sa femme et de ses enfants.

Pour sa famille et pour lui-même, le retour au domicile d'un mois et demi a été rendu possible par la prise en charge de la douleur physique par la pompe à morphine. Cela aura permis une plus grande sérénité et la vie jusqu'au bout, selon ses souhaits. Madame A est revenue nous dire combien son deuil a été facilité par les échanges et les conversations avec son époux, par la certitude qu'il a pu vivre leur vie au maximum.

Si on reprend toutes les composantes de la douleur – nous parlons de douleur totale -, au niveau physique, on ne peut pas cacher que Monsieur A avait de grandes souffrances ; Il avait un cancer bronchique, des métastases osseuses et hépatiques, une paraplégie, des douleurs dorsales, une fracture humérale, une escarre sacrée. La douleur psychologique était la souffrance de sa femme qui lui était insupportable ; le non dit familial. En fait, il a rabroué sa mère car il croyait son attitude indifférente. Tout le travail qui a pu être fait en équipe pour prendre en charge toute la famille consistait à réussir à leur faire dire que ce n'était pas de l'indifférence, mais au contraire une souffrance qui n'arrivait pas à être partagée.

La douleur sociale est aussi importante. Ce Monsieur était très investi dans sa vie professionnelle. Il voulait mener sa rentrée scolaire à bien et n'a pas pu le faire. Il perdait son rôle, ainsi que son rôle de père puisqu'il avait encore un fils à charge.

Je ne vous ai pas raconté sa douleur spirituelle. Il n'avait pas de douleur spirituelle religieuse, mais son leitmotiv était de dire : « Je suis jeune. Pourquoi moi ? Pourquoi est-ce que ça m'arrive ? »

Tout cela est à prendre en compte et notre travail en soins palliatifs est d'accompagner le malade ; Nous sommes vraiment interdisciplinaires. Les médecins sont là pour la douleur physique. L'écoute est vraiment fondamentale. Des bénévoles sont à côté du malade et prennent en charge tout cet aspect social. Des assistantes sociales font un travail colossal. Tous ensemble, nous arrivons à soulager les douleurs des malades. Comme le disait Monsieur ESTEBE, on n'arrive pas à soulager toutes les douleurs parce qu'au centre de tout ça, entre la douleur physique, psychologique, morale, il y a la partie la plus secrète de chaque être. Et c'est vraiment son domaine ; nous n'y touchons pas. Les gens ne meurent pas en soins palliatifs dans une sérénité totale ; ce serait de l'hypocrisie de le dire. Ils meurent quand même dans les meilleures conditions que l'on peut souhaiter.

Animatrice ■ On voit que dans les services de soins palliatifs, on fait quelque chose quand il n'y a plus rien à faire. Vraiment, bravo pour ces équipes.

**

Débat avec la salle

(Intervention inaudible, hors micro)

... Est-ce que dans la loi, on ne pourrait pas prévoir que certaines associations référentes ne pourraient pas avoir un budget pérenne qui leur permettrait de faire leur travail. Je vous remercie de parler du bénévolat, car sans bénévolat, on ne peut pas fonctionner. Mais les associations ont besoin pour fonctionner d'un certain nombre de subventions, en tout cas de budget.

Je voudrais rappeler aussi que c'est quand même en France que (*inaudible*) il y a plus de vingt ans avait imaginé que la première unité de soins palliatifs privés a été créée au Canada, à l'hôpital de Montréal. (*Inaudible*).

Animatrice ■ Merci pour votre intervention. Pour votre gouverne, il fallait parler de la douleur aiguë. Le principal exemple de la douleur aiguë, c'est la douleur post opératoire. La douleur aiguë fait le lit de toutes les autres douleurs qui suivent. C'est vrai que c'était le programme à suivre ; Les soins palliatifs, c'est un accompagnement. C'est plus spirituel. Personnellement, j'aurais du mal à en parler. C'est vrai qu'Anne-Marie est aux soins palliatifs, qu'elle en parle très bien. Son exemple a tout résumé. J'ai dit « spirituel » car ça me touche beaucoup. C'est vrai que je parle plus de cette douleur aiguë qu'on palpe plus ou moins.

(Intervention inaudible, hors micro)

... Ces aspects sont importants. Pour faire un soin d'escarre à domicile, il faut trouver des infirmières.

(Intervention inaudible, hors micro)

... Pour la plupart d'entre eux, même si le séjour en soins palliatifs (*Intervention inaudible, hors micro*) . Il n'en reste pas moins que nombre de personnes ont besoin ont besoin parce que (*Intervention inaudible, hors micro*) ont encore du mal à prendre en compte cet aspect en raison de la reconnaissance sociale qui est (*Intervention inaudible, hors micro*).

Animatrice ■ Nous proposons des suivis de deuil de trois mois pour les familles. Au choix, les personnes rencontrent un psychologue à l'extérieur ou des bénévoles formés spécialement et vont les rencontrer individuellement à domicile pendant trois mois. A Jeanne Garnier, nous proposons aussi aux familles trois mois après le décès, nous organisons une cérémonie commémorative. Nous sommes surpris par le nombre de personnes qui y participent. Nous avons 80 % de réponse et 70 % de présence. Des gens reviennent régulièrement. Récemment, un Monsieur est revenu. Il vient tous les ans à la date anniversaire pour revoir les lieux où sa femme est décédée. Ces choses sont gratuites. On ne peut pas les comptabiliser, mais c'est important.

Intervenant ■ Je m'occupe d'un centre de soins palliatifs. Créer des structures de soins palliatifs dans chaque département, ce sont des priorités. Tout le monde n'a pas bien compris cette priorité ; ce sont des structures d'ancrage, d'enseignement, de formation, d'échanges. Et si aujourd'hui, on part de l'autre côté, (*Inaudible*) de diffusion de l'information et de diffusion de l'esprit palliatif.

Il faut aujourd'hui que l'on sorte de l'idée que la philosophie palliative, c'est uniquement l'accompagnement des malades en fin de vie. Et la relation soignant/soigné, c'est vraiment une prise en charge du malade dans sa globalité. C'est vrai que sur (*inaudible*) c'était certainement important ; mais il faut avoir à l'esprit que la meilleure de toutes les techniques qu'on peut avoir ne pourra réellement avoir un rôle auprès du patient que si on modifie nos relations soignant/soigné, qu'on ne parle plus de multidisciplinarité, mais d'interdisciplinarité, pour centrer le rôle de chacun autour du patient et que le patient ne devienne plus un alibi de ce que nous faisons, mais réellement un partenaire de notre travail.

Je suis méditerranéen. Je peux vous dire que quand j'ai mal aux dents, tout le monde le sait. Ce n'est pas pour autant que je vais prendre de la morphine. Derrière chaque personne, il y a un individu, une culture... Il ne faut pas perdre de vue ces questions. C'est vrai que les unités de soins palliatifs mettent l'accent sur cette relation. Le mouvement est lancé. Nous avons cette chance en France, je ne sais pas comment ça se passe ailleurs, mais que les gouvernements soient de droite ou de gauche, le mouvement est lancé et tout le monde joue le jeu. On a vu sur le rapport Léonéti à quel point tout le monde est concerné. La politique est mise de côté. C'est très important. Mais les signaux du gouvernement doivent être encore plus forts. Nous, sur le terrain, effectivement nous passons notre temps à nous battre. C'est rare quand même d'avoir des disciplines où les gens sont autant mobilisés et qui sont prêts à jouer le jeu. Et nous sommes des partenaires. Nous avons vraiment envie de le faire sur le terrain. Mais les signaux doivent être suffisamment forts pour que nous puissions avoir un appui sur le terrain.

Nous avons une petite structure. Mais nous accueillons 150 personnes par an (*Inaudible*). Nous avons créé une association qui s'appelle Association pour les Soins Palliatifs de la région PACA. Nous nous réunissons depuis six ans dans l'objectif de voir, sur une même région, comment faire pour que l'identité, la couleur des structures, le malade (*Inaudible*).

Docteur Jean-Pierre ESTEBE ■ Actuellement, il n'y a pas un seul universitaire en France étiqueté « soins palliatifs » ou « douleur ». Les DU sont de bonnes choses. Mais tant qu'au niveau de l'université, il n'y aura pas une structure bien officialisée de cet enseignement, ce sera toujours ce que l'on fait actuellement, de la petite « débrouille » où chacun à son DU essaie de former les gens. Mais c'est vrai qu'il faut une structure universitaire pour pouvoir impulser ces choses-là. Et c'est ce qui manque actuellement.

(Intervention inaudible)

Animatrice ■ Je ne suis pas tout à fait d'accord avec vous. Dans les DU de soins palliatifs, il y a quand même des bénévoles qui suivent les DU.

(Intervention inaudible)

Animatrice ■ Ils ont quand même l'avantage d'être ouverts à tout le monde.

(Intervention inaudible)

Intervenant ■ *(inaudible)* Ce serait une erreur de les mettre en place. Il y a un temps incontournable qui va permettre de ne pas commettre d'erreur. Aujourd'hui, la chance des soins palliatifs, ce n'est pas uniquement de former des professionnels. Et dans nos structures on peut le faire, c'est aussi de faire des débats *(Inaudible)*. Nous avons réalisé un documentaire avec France 3, qui est passé samedi à 15 heures 50. Ce n'est pas forcément l'audience idéale pour parler de mort, sans aucun débat autour. Ce n'était pas notre choix. Entre tout ce qu'on va mettre en place et ensuite les relais, il y a une espèce d'arrondissement d'angle qui fait que les relais ne seront pas bons. Et on va dire : « On a diffusé un documentaire. » Ce n'est pas possible. On ne peut pas diffuser un documentaire comme ça et, dès qu'il se termine, une page de pub arrive ! Nous sommes soumis aux questions d'audimat, ce que je peux comprendre ; mais sur des questions comme ça, c'est inadmissible. Il faut pouvoir faire passer des messages auprès du public, et qui soient beaucoup plus forts et beaucoup plus encadrés. Je remercie France 3, puisque nous avons fait ce documentaire avec eux, mais le résultat n'est pas convenable. Et si vous avez la possibilité de vous en procurer la cassette, elle est intéressante. C'est tout ça qu'il me paraît important de mettre en avant dans le fait de créer des structures de soins palliatifs dans chaque département.

Nous avons réussi à mettre sur pied dans notre région une Commission de Pilotage avec la Caisse d'Assurance Maladie parce que la prestation soins palliatifs à domicile est utilisée à hauteur de 15 % de la somme allouée par la Caisse d'Assurance Maladie. Cela signifie que les personnes à domicile n'ont pas besoin de cet argent. C'est plutôt qu'il y a une mauvaise information et que la prestation n'était pas adaptée aux besoins des gens. Nous avons réussi, avec la Sécurité Sociale, à travailler au réaménagement de l'utilisation de cette somme, au décloisonnement de ce qui avait été prévu et aujourd'hui, nous pensons utiliser la totalité de cette somme.

Docteur Jean-Pierre ESTEBE ■ Je voudrais poursuivre le débat parce que je crois que c'est un problème de débat. Il ne faut pas que ce soit affectif. C'est vrai que le palliatif, et c'est peut-être pour cette raison que j'ai fait volontairement ma présentation sur la douleur chronique, représente un travail d'un certain nombre de praticiens dans toutes les régions qui se sont battues comme des lions pour créer des structures douleur. Les difficultés de créer des réseaux, c'est un combat de chaque jour.

Ceci dit, il faut quand même estimer que les soins palliatifs, maintenant, avec les grandes orientations politiques, c'est quand même le parent riche. Il ne faut pas vous plaindre de la structure. Il y a quelque chose ; Il y a maintenant des décrets, des possibilités, des budgets. Mais je voulais globaliser le problème, parce que l'approche doit être beaucoup plus globale et c'est un effet de la formation médicale. Vous disiez : « Les comateux souffrent », oui. Je vous défie de trouver un réanimateur médical ou chirurgical qui s'occupe de la douleur. Prenons déjà la douleur du comateux standard avant de parler du comateux fin de vie. Prenons le problème de la douleur chronique avant de prendre la douleur de soins palliatifs de fin de vie.

On m'a reproché de parler de technicité ; mais c'était bien pour insister sur le fait qu'il faut une puissance universitaire derrière énorme parce que si nos techniques marchent, elles vont

déboucher sur les soins de vie. Je travaille de plus en plus maintenant avec l'unité de soins palliatifs sur des techniques de loco-régionale pour permettre le maintien à domicile de ces patients. Sinon, c'était instantanément le retour à l'hôpital parce que la pompe à morphine n'était pas le seul moyen. Tout ça est interconnecté. Il y a besoin de techniciens, de la composante psychologique. Il y a énormément de prise en charge à ce niveau. Et le fait qu'il date de quarante ans de formation médicale. Les réanimateurs sont très pointus sur les modes dynamiques intra-cérébrale, etc., mais le symptôme douleur n'existe pas.

Il n'y a pas un hôpital actuellement où, sur la pancarte, on ait l'EVA d'indiqué, que ce soit pour une endoscopie oesophagienne, que ce soit pour une fracture du rachis, etc. Je pense que le travail du palliatif sera beaucoup moins lourd quand tout le travail en amont sera bien pris. Un paraplégique ou un tétraplégique qui arrive en réanimation est-il pris en charge par un psychologue ? Il n'y en a pas dans les services de réanimation. Un travail énorme a été réalisé au niveau des soins palliatifs. Et c'est probablement le reflet, au niveau national maintenant, de la pression qui a été faite par ces unités.

Mais maintenant, il est temps de positionner le débat peut-être un peu en amont sur une prise en charge de la douleur au sens général du terme. Quand on me demande de faire un cours sur douleur aiguë, douleur chronique, je dis que je ne sais pas ce que c'est. Qu'est-ce qu'une douleur aiguë ? C'est un coup de marteau sur le doigt ; mais au bout de 5 minutes, quand je commence à avoir mal et que je vais commencer à prendre un Efferalgan, c'est quoi ? De la douleur aiguë ou de la douleur chronique ? Je suis un peu provocateur. Mais il faut vraiment élever le débat maintenant.

Localement, nous avons tous des problèmes financiers, à tous les niveaux, quel que soit le débat médical ou hospitalier, PSPH ou privé, tous les collègues ont une histoire à raconter pour dire qu'ils n'ont pas un budget suffisant. C'est évident. Il n'y a pas de budget, pas de personnel, pas de finances. Il y a la motivation. Ceci dit, c'est la motivation d'un certain nombre (je l'assume) de médecins, mais derrière il y a une grosse démotivation d'un autre nombre de médecins. Si les médecins traitants voulaient aussi s'intéresser à ces choses, dans les DU, on a des médicaux et des paramédicaux. ET dans les médicaux, j'ai regardé le listing depuis trois ans, on a trois médecins généralistes qui ont fait la formation. Tous les autres sont des spécialistes. Cette désaffection est due à de nombreux facteurs, manque de temps, de finances, etc. Mais on a besoin actuellement d'une mise à plat sur la prise en charge de la douleur globale et le traitement de la douleur doit être un droit humain. Il faut que ce soit le moteur. A partir de là, il n'y aura plus de discussion sur le fait de savoir ce qu'est un soin palliatif, une consultation multidisciplinaire de la douleur, etc. Moi, je ne sais pas ce que c'est.

Des patients sont douloureux. L'approche est peut-être plus intensive psychologique dès qu'on est dans le palliatif terminal. Mais quand on est dans le palliatif initial, on ne le catalogue pas dans la médiane de survie à six ou douze mois si c'est une médiane de survie à trois ou quatre ans. Je mets dans ce cas un caténaire (*Inaudible*) le temps que les traitements médicamenteux agissent. Pour fonctionner de cette façon, je coûte très cher à la société parce que je n'ai pas de structures de lits. Là aussi, il y a des choses derrière. A la limite, je pourrais le faire à domicile ; mais il y a des problèmes de responsabilités médicales. La société donnera tort si on laisse des caténaires à des patients à domicile.

Nous sommes un bon nombre de médecins anesthésistes qui maintenant faisons partir les patients à domicile, que ce soit en analgésie post opératoire, mais également dans les douleurs chroniques, on fait partir des patients à domicile en anesthésie avec des caténaires. Un expert pour l'instant nous donnerait tort. Les sociétés savantes ont édité des règles de bonne pratique qui datent d'il y a vingt ans et sont complètement obsolètes. Or, en termes de coût social, c'est énorme. Je n'ai pas le choix. J'hospitalise le patient en rééducation fonctionnelle et un kinésithérapeute va passer deux fois par jour. Le patient va rester au lit et l'efficacité est moindre. Je suis convaincu que la

technique ne fait pas tout. Et je suis convaincu que mes techniques d'anesthésie loco-régionales sont efficaces à domicile pour certains patients. Il faut savoir les extraire aussi du domicile.

Je ne suis qu'un prestataire de services. Ce sont mes collègues sophrologues, psychologues, assistantes sociales, etc., qui seront les praticiens prédominants. Mais tout ça demande une discussion très large. Chacun doit essayer de se forcer à ne pas regarder l'histoire par le petit bout de sa lorgnette de son institution. Il faut essayer de globaliser le problème pour essayer de positionner les grandes bornes et essayer d'avancer un peu. Mais c'est vrai que, de toute façon, il y a encore du travail pour quarante ans. Je pense que nos jeunes collègues de toute façon auront encore du travail.

(Intervention inaudible)

Docteur Jean-Pierre ESTEBE ■ Bien sûr. Mais c'est très compliqué. Ce qu'on appelle l'algoneurodystrophie, au niveau international on l'appelle maintenant le « syndrome douloureux régional complexe ». C'est comme au scrabble : plus c'est long, moins on sait ce que ça recouvre.

De plus, non seulement c'est syndrome douloureux régional complexe, mais de type 1 ou de type 2. Tout ça pour dire qu'on ne sait pas ce que ça recouvre. Tout ça pour dire qu'on fait un peu n'importe quoi. On ne parle pas de la même pathologie.

Vous avez parlé de l' « acupuncture », qui vous a améliorée ; c'est vrai, c'est une des techniques reconnues. Il y a l'acupuncture, l'électro-acupuncture, l'électro-simulation qui sont des techniques relativement proches dites de contre-stimulation. C'est très efficace. On ne parle plus de la même maladie quand elle est prise tôt, quand une agorostrophie est prise tôt, on sait qu'on a beaucoup plus de chances de la guérir que si elle arrive en consultation après trois ans d'évolution et des rétractions ou une paralysie complètes du membre. On ne fera alors là plus grand-chose.

Les traitements sont adaptés en fonction des stades différents. C'est là aussi l'importance de définir les symptômes qui nous permettent d'agir précocement. A partir de là, nous serons très efficaces. L'acupuncture fait partie des outils. Je n'ai pas eu l'opportunité d'aller en stage en Chine, donc j'ai appris la neurostimulation, mais pas l'acupuncture. Mais je me sers de points de compression aussi pour essayer de calmer certaines douleurs. On a des choses à apprendre de tout le monde. On découvre actuellement que les régimes peuvent être des traitements contre la douleur. C'est hallucinant, quand même !

Un traitement contre le cancer qui s'appelle le traitement du régime en carence en polyamine (je fais une digression volontaire, pour donner des images) existe. On a montré dans des modèles expérimentaux qu'en carenant un animal en polyamine, considérée comme des déchets cellulaires, sur des modèles animaux dont on provoque une tumeur principale, avec des métastases, si on carence l'animal, les métastases disparaissent. Pourtant, c'est en voie de recherche actuellement chez l'homme. Mais ça a été très long. Je connais quelques chercheurs qui travaillent depuis des années sur le sujet. Il s'agit de démontrer que le régime a une efficacité, d'où peut-être l'intérêt de certaines publications dans des tabloïdes qui disaient : « J'ai guéri mon cancer avec un régime », probablement par des biais de ce type.

La difficulté est la douleur chronique. C'est très difficile ; Vous n'aviez peut-être pas cru non plus à l'efficacité du premier traitement. Donc, vous aviez envie de croire au deuxième. Enormément de facteurs peuvent jouer. J'essaie de vous montrer la difficulté d'essayer d'avoir des résultats. La

deuxième fois, vous avez été beaucoup plus précoce ; vous avez été traitée efficacement et ça a fonctionné. Vous l'avez compris.

(Intervention inaudible)

Docteur Jean-Pierre ESTEBE ■ Ce sont deux choses ; Quand on discute avec les chirurgiens, c'est un autre problème !

M. Gérard DERIOT ■ C'est vrai que je ne rattache pas systématiquement les choix palliatifs au problème de la fin de vie. C'est évident. Simplement, aujourd'hui, on peut mettre plus en avant l'existence des soins palliatifs. Mais par ailleurs existe je crois un vrai problème. Je pense que c'est quand même avant tout dans le mode de formation des médecins et des infirmières où le principe des soins palliatifs qui sans doute à l'origine étaient, il y a un certain nombre d'années, une naturelle action de soigner, d'accompagner, qui peu à peu a disparu parce que ce n'est pas une (*inaudible, hors micro*) mais parce que notre société a évolué très rapidement vers un système très cartésien. Le patient veut être soigné immédiatement quoi qu'il arrive.

Les progrès qui ont été réalisés et l'information qui en a été faite à travers les médias donnent le sentiment que la médecine en général est capable de tout soigner tout de suite. A partir de là, dans l'esprit des patients, quel que soit le degré de la douleur, ils veulent avoir tout de suite le médicament qui va les calmer immédiatement.

Du coup, inversement, ceux qui soignent ont tendance aussi à accompagner dans la démarche demandée par le patient, oubliant quelque peu, ou n'ayant peut-être pas le temps de continuer de pratiquer les soins palliatifs naturels qui pouvaient se faire jusqu'à présent. C'est l'évolution de notre société. Il y a nécessité, c'est vrai sans doute, maintenant d'individualiser davantage le principe des soins palliatifs et sans doute de les mettre réellement dans le cursus de formation parce que c'est comme ça. Il faut individualiser les choses. Moi, j'ai quand même aussi le sentiment qu'il y a nécessité de revenir à une formation soins palliatifs, une formation générale, quelle que soit la spécialisation que l'étudiant en médecine, l'étudiante infirmière va faire, parce qu'il y a peut-être aussi nécessité de faire bien comprendre à chaque patient que ce n'est pas à partir du moment où on va lui faire des soins palliatifs qu'obligatoirement, ça va être dans une démarche de fin de vie. Dans chaque service il y aura nécessité d'avoir obligatoirement cette formation et cette capacité à faire des soins palliatifs.

C'est comme ça que je le ressens. Je pense qu'il y a cette évolution ; je pense qu'il y a cette nécessité sans doute individualisée dans la formation. Il faut que chacun l'ait bien à l'esprit. Cela n'a rien à voir avec exclusivement la fin de vie ; c'est évident. Mais c'est aussi peut-être des pratiques ou tout au moins des réflexions qui ont été oubliées au fil des années, où nous avons été poussés par les patients, par le résultat à tout prix. N'importe quelle douleur, on veut qu'elle soit calmée immédiatement. Après, on l'oublie. Et le jour où le médicament n'intervient plus suffisamment, le malade n'a pas de soulagement et à partir de là, il a une réaction car il considère qu'on doit le soigner avec douleur zéro. C'est dans tous les domaines comme ça. L'adéquation est énorme, mais ce n'est pas tout à fait la démarche américaine.

Voilà ce que je voulais dire.

Animatrice ■ Merci beaucoup pour cette intervention.

Nous allons peut-être conclure cette matinée. Bien sûr, c'est Martine JAMBON, la Secrétaire générale d'Hôpital 2000, qui va conclure cette journée.

CONCLUSION

Mme Martine JAMBON ■ Je rappelle qu'en 1999, l'Association Hôpital 2000 a été créée grâce à l'initiative de Monsieur le Sénateur Lucien NEUWIRTH. En 1999, il manquait 1000 pompes à morphine, d'où la création d'Hôpital 2000. A ce jour, nous en sommes à 501 pompes, financées surtout grâce aux patients - je tenais à le dire - , à des groupes comme l'AG2R, à des associations comme L'ENFEME ou la Ligue Contre le Cancer.

Je voulais annoncer aujourd'hui que Hôpital 2000 lance une nouvelle action auprès des élus : « Un élu, une pompe à morphine ». C'est très important que les élus participent à cette action contre la douleur. Chaque élu en France recevra une petite lettre à partir d'aujourd'hui l'invitant à participer à ce mouvement ; J'espère que beaucoup d'élus s'impliqueront dans ce mouvement.

Merci. Je remercie beaucoup Monsieur le Sénateur Louis de BROISSIA de nous avoir accueillis et de nous avoir permis d'organiser cette réunion. Je remercie également beaucoup les intervenants pour leur soutien très actif aux côtés d'Hôpital 2000. Je vous remercie d'être venus. Je sais que des gens viennent de très loin. Merci.