

# Organisation par les médecins Anesthésistes Réanimateurs d'une consultation de la douleur au CHG de LAON.

J.M. LE BORGNE (1), E. LEMAIRE-NANNI (1), M. DETAVE (1), V. LAVRIC (1), C. WEBER (2).

(1) : Dépt. Anesthésie Réanimation,

(2) : SAMU,

CHG, rue M. Berthelot, 02000, LAON

En 1988, dans un éditorial de *Regional Anesthesia*, Harold Carron(1), soulignait que le rôle des médecins anesthésistes réanimateurs dans la prise en charge de la douleur était en train de changer. H. Carron, lui même médecin anesthésiste réanimateur, travaillait depuis de nombreuses années comme « consultant douleur » dans le département d'anesthésiologie du Centre Universitaire de George-Town, ce qui n'avait pas d'équivalent en France. Il avait créé une activité de prise en charge de la douleur aigue (ancêtre des « Acute Pain services » actuels) et mis sur pied dans un centre de traitement de la douleur de l'Université de Virginie une équipe multidisciplinaire. H.Carron insistait dans cet éditorial sur deux notions déduites de sa pratique quotidienne :

- l'importance des facteurs psychologiques composant de la douleur,
- et la nécessité pour les médecins anesthésistes de valider leurs techniques de traitement de la douleur aigue par l'expérimentation en double aveugle contre placebo.

L'expérience des médecins anesthésistes qui composaient le service d'anesthésie réanimation du Centre Hospitalier de Laon dans les années 1985 était intuitivement la même, mais l'activité était loin d'être aussi structurée. Nous étions alors la seule spécialité médicale, avec la neurologie, à avoir une expérience dans le traitement de la douleur, mais nous savions que notre efficacité thérapeutique, dans le cadre de la douleur aiguë post-opératoire et encore plus dans celui de la douleur chronique ou cancéreuse, manquait de performance. , les demandes de consultations étaient anecdotiques.

## **Les faits.**

Un « état des lieux » de la prise en charge de la douleur dans notre structure était nécessaire, de manière à envisager les actions indispensables à l'amélioration de cette situation.

Le Centre Hospitalier de Laon en 1985 avait une activité de 59 000 journées MCO, qui comprenait de l'ORL, de l'orthopédie, de la chirurgie viscérale et un secteur médical important. La maternité avait une activité de 1 000 accouchements/ année. Dans aucun de ces services, les prescriptions systématiques d'antalgiques n'étaient faites. La consommation d'antalgiques annuelle était faible, mais on pouvait remarquer, notamment dans les services de chirurgie viscérale, une consommation de Noramidopyrine qui semblait être le résultat d'une auto-prescription infirmière nocturne. Le Paracétamol était peu utilisé et la morphine encore moins. La douleur n'était donc pas prise en compte dans les prescriptions, et ceci posait problème aux soignants.

## Les actions.

L'objectif était d'améliorer la prise en charge de la douleur. Il fallait pour cela sensibiliser les médecins et les infirmières au problème, pour en développer ensuite la prise en charge.

### -1- Formation.

La formation des soignants était revue. Elle comprenait dès 1987 une formation par unité d'hospitalisation, par petits groupes de 10 personnes, associant médecins, infirmières et aides-soignantes, d'abord en chirurgie, puis en gastroentérologie, puis dans d'autres secteurs.

Parallèlement, on créait un module de formation continue à l'évaluation et au traitement de la douleur, ouvert aux IADE, aux IDE et aux aides-soignantes, et organisé sous forme de 2, puis 3 jours de formation. Ce module comprend une initiation à la physiologie, une initiation à l'évaluation, l'étude du modèle multi-dimensionnel de la douleur(2), une formation psychologique et pharmacologique, et l'abord de techniques simples de prise en charge de la douleur (réflexothérapie, relaxation...).

Enfin, dans le cadre de la scolarité standard des élèves de l'IFSI, on créait un module de formation à la douleur attaché au module d'orthopédie, complété par un module de formation à la douleur chronique attaché au module de cancérologie.

La sensibilisation et la formation des médecins furent un autre problème. L'intermédiaire des EPU a permis d'amener une sensibilisation aux médecins généralistes, notamment grâce à l'aide d'orateurs extérieurs, et notamment à celle du docteur Pozzo Di Borgo. Celle des médecins hospitaliers fut plus aléatoire. Deux des médecins anesthésistes firent alors des formations douleur orientées sur la douleur chronique, l'un à Lille (1988) et l'autre à Paris (1990). Deux autres médecins faisaient une formation en soins palliatifs en 1995. Enfin, un « Comité Interdisciplinaire de la Douleur » était créé en 1997 de façon à pouvoir piloter la politique de la prise en charge de la douleur dans l'établissement. Ce CID est devenu depuis notre CLUD.

### -2- Evaluation.

Pour suivre les effets de cette sensibilisation, la consommation des antalgiques de niveaux I, II et III de l'OMS en espérant voir disparaître l'auto prescription.

Des indicateurs pour chaque niveau antalgique de l'OMS étaient définis :

➤ Pour le niveau I, la quantité de paracétamol consommée par an dans chaque secteur d'hospitalisation était exprimée en nombre de jours de traitement (un jour de traitement = équivalent de 3g de paracétamol oral), de façon à pouvoir estimer le pourcentage de jours d'hospitalisation avec traitement.

➤ En ce qui concerne le niveau II, le même raisonnement a été suivi.

➤ En ce qui concerne le niveau III, l'absence d'effet de plafond de la morphine faisait que le même raisonnement n'était pas applicable. Tous les morphiniques majeurs utilisés étaient donc convertis en équivalent de morphine, per os, en mg. Dans un second temps, la consommation moyenne journalière en mg de morphine par jour d'hospitalisation était calculée par service, et ce chiffre servait d'indicateur.

### -3- Les traitements.

La nécessité de mettre en place des protocoles thérapeutiques antalgiques post-opératoires était envisagée d'emblée, et réalisée avec la mise en place de « protocoles paracétamol ». Mais, début 1989, les indicateurs de consommation d'une des unités de chirurgie viscérale montraient que le fait d'augmenter l'accès aux antalgiques de niveau I de l'OMS avait permis en effet d'augmenter leur consommation, mais avait aussi immédiatement fait chuter la consommation des antalgiques de niveau II. De ce fait dès les années 90, la mise en place de ces protocoles thérapeutiques était freinée, au bénéfice de protocoles d'évaluation, en attendant de pouvoir mettre à la disposition des personnels soignants des protocoles comprenant un recours aux antalgiques de niveau III.

De nouvelles techniques étaient apportées, notamment celle de la PCA (1992), puis de la PCEA (1993). Il existait alors une polémique quant aux moyens à mettre en place pour pouvoir les utiliser dans les services de chirurgie. A Liège, le problème était résolu par la mise en place d'une surveillance de la fréquence respiratoire et de l'EVA. Cette même solution était facilement mise en place, puisque les méthodes d'évaluation étaient déjà introduites.

### -4- La douleur chronique.

L'accessibilité de la consultation d'anesthésie en cas de douleur post-opératoire était nulle. En 1986, la création d'une unité fonctionnelle de « consultation de la douleur » était votée par la CME. Elle était destinée au début à l'ajustement post-opératoire des traitements antalgiques, notamment dans le cadre de la chirurgie carcinologique ORL. Mais dès la première année la demande externe, qui n'avait pas été envisagée, représentait 50% de l'activité.

## **Les résultats (3).**

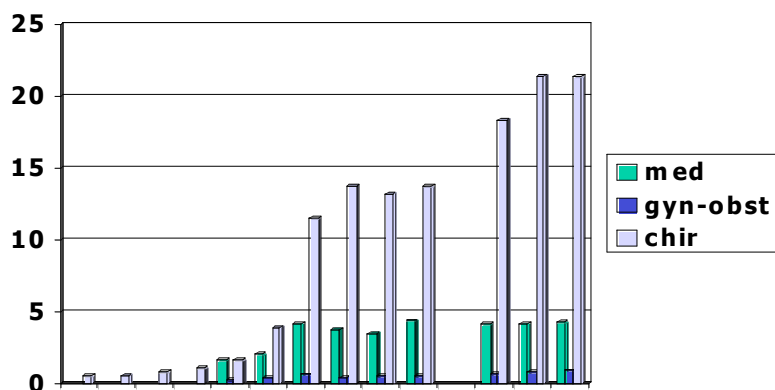
➤ L'échelle visuelle analogique, et toutes les techniques d'évaluation en général, ont été diffusées par l'intermédiaire des formations, et vite adoptées par les services. Toutefois, l'EVA était utilisée différemment d'une unité à l'autre, et l'une des premières décisions prises par le « CID » fut de faire un protocole d'utilisation de l'EVA, pour uniformiser son utilisation dans l'établissement.

➤ Dans le service d'anesthésie, cette période correspondait à la mise en place d'une salle de réveil. Le choix des critères de sortie de salle de réveil a été un événement important dans la prise en charge de la douleur, car « EVA < 3 » était choisi comme l'un des 3 critères obligatoires de sortie de SSPI. D'autre part, une feuille d'évaluation à la 24<sup>e</sup>

heure post-opératoire, permettait au personnel de la salle de réveil d'avoir une idée de la qualité de son travail et au médecin anesthésiste de connaître l'efficacité de ses traitements post-opératoires. L'évaluation des patients une journée après leur intervention a par ailleurs montré l'importance du problème des vomissements post-opératoires. Le deuxième protocole fut celui de la prévention des NVPO.

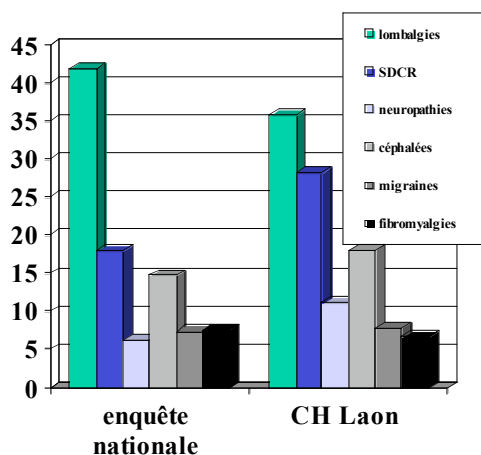
➤ L'augmentation de la consommation d'antalgiques était devenue exponentielle, surtout en ce qui concerne les morphiniques. (CF. Tableau 1 ci-dessous.)

Evolution de la consommation d'antalgiques de niveau III de 1990 à 2003 (mg/jour d'hospitalisation)



➤ La consultation d'algologie se mettait progressivement en place du fait de l'évolution de son recrutement. En 4 ans, il était semblable à celui de la moyenne française et comprend 1/3 de lombalgies, et plus d'un 1/3 de douleurs post-opératoires chroniques. (CF. Tableau 2 ci-dessous.) (4)

Recrutement des consultations de la douleur



- 1334 patients consécutifs, du 01/01 au 30/06/2001
- 130 patients locaux
- lombalgies, SDCR et douleurs neuropathiques représentent plus des 2/3 du recrutement local et national

La demande était telle, et d'une telle nature, que dès 1988, une demande était faite de temps de médecin algologue, de temps de psychologue, de kinésithérapeute, de neurologue, et de psychiatre, de façon à mettre en place une consultation multidisciplinaire. Il a fallu attendre 1998 pour que le temps de psychologue soit accordé, 2002 pour les vacances de spécialité et 2004 pour le mi-temps d'algologue. En fait la consultation de la douleur chronique a coûté au service d'anesthésie plus de 350 heures de travail par an, et ceci pendant 17 ans, avant que ce travail et ce besoin ne soient reconnus... Pendant cette période, l'activité de cette consultation n'a jamais été dynamisée, de peur de rendre la surcharge de travail définitivement insupportable. L'accès du patient se faisait à la demande de son médecin, et après réception d'un courrier.

Depuis 1998, chaque première consultation est faite par un binôme comprenant un médecin algologue et d'une psychologue.

## **Bilan.**

Dans notre analyse de départ, la consultation de la douleur était conçue comme un « service après-vente » de la prise en charge de la douleur post-opératoire et une aide au traitement de la douleur cancéreuse. La demande était toute autre et nous avons mis un an à nous en apercevoir, et plus encore à nous adapter, car les moyens étaient inexistantes. Nous avons compris dès 1988 que la douleur chronique allait occuper toute la consultation de la douleur, et qu'il serait nécessaire de créer une structure de type « acute pain center » pour la prise en charge de la douleur aigue. Les idées ne manquaient pas, et les modèles existaient dans les publications scientifiques. Mais même le modèle suédois(5), réputé peu coûteux et rentable, était au dessus de nos moyens, qui restèrent nuls jusqu'au jour béni de la circulaire Kouchner ! Encore aujourd'hui certains des moyens que nous avons demandé en 88, et dont l'utilité est maintenant reconnue, ne nous sont toujours pas attribués. Les freins furent multiples. La création d'une structure de prise charge de la douleur ne peut résulter que de la conjonction de trois volontés : médicale, directoriale et ARH-DRASS, c'est à dire médicale, institutionnelle, et politique...

La douleur chronique est un domaine multidisciplinaire, le rôle du médecin anesthésiste n'y est que partiel. Toutefois le bilan de cette expérience n'est pas négatif pour la prise en charge de la douleur aigue, au contraire. Si la consultation a bénéficié des compétences des anesthésistes, sa création a amené des compétences multiples dans la structure d'anesthésie et au sein du CID puis du CLUD : l'avis des psychologues, du neurologue, du psychiatre, des rééducateurs, des assistantes sociales, ont fortement influencé depuis sept ans maintenant les modes de prise en charge de la douleur aigue post-opératoire(6-7) et poussé au travail sur la mémoire de la douleur(8).

L'analyse des recrutements de la consultation montre que plus du tiers des pathologies ont pour point de départ à la maladie un traumatisme chirurgical(9). Crile disait en 1910 qu'«un patient post-chirurgical est un sujet qui a survécu à un peloton d'exécution»(10).

La difficulté des traitements, les réussites thérapeutiques aléatoires font que l'axe de travail actuel des deux équipes, loin de diverger, est commun : **comment prévenir l'installation de ces douleurs chroniques ?** Nous en arrivons donc à un « service qualité » dont le but est de supprimer au plus la nécessité du « service après-vente » que nous envisagions au départ.

## **Bibliographie.**

-1- Carron H. The changing role of the anesthesiologist in Pain management. *Regional Anesthesia*, 1989; 14(1): 4-9.

-2- Boureau F. Dimensions de la douleur. In « pratiques du traitement de la douleur », F. Boureau, Doin éd., 1988 : 11-17.

-3- Le Borgne J-M., Demazure M-C., Lavric V. Impact sur les pratiques professionnelles de l'évaluation de la douleur et de son suivi. HAS, 2004.

-4- Giniès P., Draussin M. Evaluation de la qualité des soins dans la prise en charge de la douleur chronique en France. *Doul. Et Anag.* 2002;(1),3-44.

-5- Rawal N., Berggren L. Organisation of acute pain services: a low-cost model. *Pain*, 1994; (57): 117-123.

-6- Kaczmarek K., Le Borgne JM. Dimension psychologique de l'analgésie contrôlée par le patient en période post-opératoire. *Doul. Et Analg.* 2003 ;(1),15-21.

-7- Kaczmarek K., Le Borgne JM., Serra. L'hypnose pré-opératoire : un outil de prévention primaire de la chronicisation douloureuse. SETD, Paris, Nov. 2003.

-8- Song SO., Carr DB. Pain and memory. *Pain (clinical updates)* 1999,(1).

-9- Marchettini P. la douleur iatrogène, la reconnaître, la traiter, la prévenir. SETD, Lyon, Nov. 2002 (conférence).

-10- Crile G. Pain. *Boston Med Surg J* 1910; 163: 893-904.