

sentent une douleur cancéreuse chronique.

A part le label qualité auquel nous tenons beaucoup, la participation à ce projet nous a apporté passablement d'informations que nous mésestimions. Nombreux sont les patients ou leurs proches (ou parfois même les soignants !) qui refusent les opiacés par crainte de devenir toxicomanes, alors que plusieurs études ont démontré que l'utilisation adéquate d'opiacés dans le traitement de douleurs chroniques n'entraîne pour ainsi dire jamais de dépendance. Les effets indésirables sont beaucoup mieux tolérés lorsque le patient est bien informé. Nous avons également appris à nous familiariser avec l'échelle analogique de la douleur (Dolometer) qui est maintenant largement utilisée dans les deux hôpitaux. Finalement, le succès du traitement de la douleur dépend de la collaboration des professionnels concernés (médecin, infirmières et pharmaciens). Il dépend également de la communication avec le patient, seul à savoir s'il a mal et à connaître l'intensité de sa douleur.

Nous n'entendons pas nous arrêter en si bon chemin car le schéma de la prise en charge des douleurs cancéreuses peut parfaitement s'appliquer à toutes les douleurs chroniques. Nous espérons ainsi pour la suite intégrer les services chirurgicaux (chirurgie, gynécologie) dans notre groupe de travail multidisciplinaire. Le label «Hôpital sans douleur» devrait également devenir une priorité de l'Etablissement Hospitalier Multisites auquel nous appartenons aujourd'hui.

**Secrétaire médicale
cherche emploi à
temps partiel (20-40 %)**

sur le Littoral neuchâtelois.

Tél. 079 671 74 27

Douleurs en soins palliatifs

*Dr Grégoire Gremaud,
médecin chef de La Chrysalide*

«Je dirai de plus, en insistant sur ce sujet, que l'office du médecin n'est pas seulement de rétablir la santé, mais aussi d'adoucir les douleurs et souffrances attachées aux maladies; et cela non seulement en tant que cet adoucissement de la douleur, considérée comme un symptôme périlleux, contribue et conduit à la convalescence, mais encore afin de procurer au malade, lorsqu'il n'y a plus d'espérance, une mort douce et paisible.»

Mais de notre temps les médecins semblent se faire une loi d'abandonner les malades dès qu'ils sont à l'extrémité; au lieu qu'à mon sentiment, s'ils étaient jaloux de ne point manquer à leur devoir, ils n'épargneraient aucun soin pour aider les agonisants à sortir de ce monde avec plus de douceur et de facilité.»

Francis Bacon, 1605,
Homme d'Etat et philosophe anglais

Dans les années 1980, l'émergence des soins palliatifs résulte notamment de l'insuffisance de la reconnaissance et du soulagement de la douleur chez les malades où qu'ils soient.

L'évaluation de la douleur est prioritaire dans la pratique des soins palliatifs. Elle est réalisée de manière multidisciplinaire : aussi bien l'infirmière que le médecin, le physiothérapeute, la psychologue, les proches et le patient doivent s'y attacher, selon les possibilités. Cette évaluation est multi-dimensionnelle : localisation de la douleur, intensité de la douleur, type de douleur, impact sur la qualité de vie.

Des outils spécifiques d'évaluation ont été mis au point et sont régulièrement employés. Pour l'auto-évaluation (par le patient lui-même), on utilise prioritairement une échelle visuelle analogique (EVA). Pour l'hétéro-évaluation (patient incapable), on utilise une échelle comportementale et en particulier l'échelle Dolo-

plus (www.doloplus.com). L'emploi d'échelles d'évaluation multiplie par deux la prévalence de la douleur dans une population de homes médicalisés (Kamel HK. *JPSM* 2001; 21 : 450-455).

Une attention particulière doit être portée aux facteurs prédictifs d'un mauvais contrôle de la douleur : douleurs neurogènes, douleurs incidentes, difficultés psychologiques, dépendance à l'alcool ou autres toxicomanies, troubles cognitifs.

Une prise en charge adéquate de la douleur nécessite l'évaluation régulière de celle-ci. On peut alors considérer la douleur comme le cinquième signe vital à côté de la tension artérielle, de la température et du poids.

A La Chrysalide, l'évaluation de la douleur est systématisée durant les 72 premières heures ainsi que lors de toute modification du status algique ou de la survenue d'effets secondaires en lien avec les traitements.

Le traitement de la douleur est instauré et administré sans retard. Selon l'intensité de la douleur, le traitement doit se faire par paliers (selon les recommandations de l'OMS). Les douleurs continues exigent l'administration régulière d'analgésiques et pas uniquement la prescription de médicaments de réserve. Une telle réserve est donnée en plus d'un traitement antalgique de base en cas d'exacerbation douloureuse aiguë.

C'est la morphine qui reste le « gold-standard » dans le traitement de la douleur sévère. Il s'agit de démystifier les craintes nourries à propos de l'usage de médicaments comme la morphine et de permettre au malade de mieux collaborer avec les professionnels de santé et de participer ainsi activement à l'amélioration de leur qualité de vie. Concernant la gestion de la douleur, il s'agit autant de faire évoluer les attitudes que d'accroître ses connaissances. Il faut

