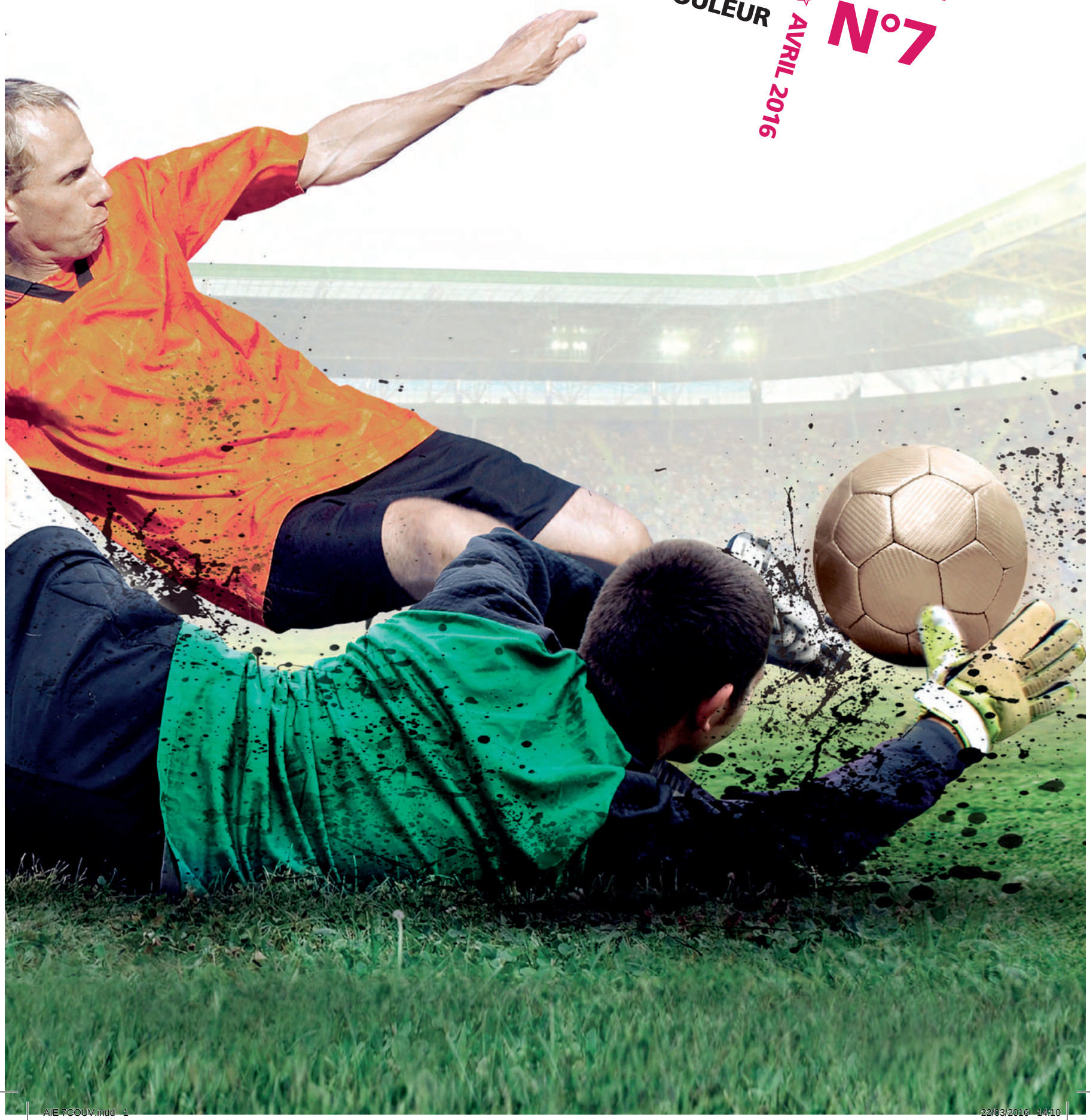
aïe!

DIALOGUES
AUTOUR DE LA DOULEUR

N°7

AVRIL 2016



AIE 7COUV.indd 1 22/03/2016 14:10

N°7

avril 2016

IL N'Y A RIEN QUE NOUS NE PUISSIONS FAIRE

stupéfiant ! La mauvaise route de l'opium **Olivier Weber** | 4

billet d'humeur La douleur dans la nouvelle loi de santé : Aïe, ma sœur Aïe, ne vois-tu rien venir ? **Ludivine Paoli** | 5

gloups ! Prendre soin, penser le pansement **Evelyne Malaquin-Pavan, Lucinda Brigas dos Santos, Anaïs Varlet-Becu** | 6

oh ! | 6

moteur ! Douleurs chroniques pelvi-périnéales dysfonctionnelles **Thibault Riant** | 8

il était une fois ! Côme et Damien, une greffe de jambe sans douleur **Richard Treves** | 10

waouh ! La douleur en psychiatrie, un défi ? **Djea Saravane** | 12

eh bien ! Antalgiques et insuffisance rénale chronique **Thibault Besselievre** | 14

ouf ! Cathéters périnerveux, quand on arrive en ville ! **Éric Bures** | 15

Rédactrice en chef 1
Dr Claire Delorme
Comité éditorial :
Mme Marie-Claude
Dr Véronique Barfety 2
Dr Françoise Laroche 3
Dr François Krakowski 4
Pr Ivan Krakowski 5
Pr Alain Serrie 6
Dr Bernard Wary 6
Directeur général :
Dr Alain Trébucq
Directeur de projets scientifique :
Valériane Cariou
Chargée de projets :
Nadia Belehssen
Graphistes :
Cécile Formel, Kasia Gluc
Global Média Santé
314, bureaux de la Colline
1, rue Royale – 92213, Saint-Cloud Cedex
01 55 62 68 00
www.gmsante.fr
ISSN : 2264-4601
Dépôt légal : novembre 2013
Image couverture : Shutterstock
Images intérieures : Shutterstock, Fotolia, DR
Imprimeur : Corlet Imprimeur SA
Numéro imprimeur : 159284
Réalisé avec le soutien institutionnel du laboratoire Mundipharma

N'oubliez pas de vous **abonner gracieusement** à la revue AÏE, revue de médecine générale sur le thème de la douleur.
Abonnements et informations : **aie@gmsante.fr**

Abonnez-vous gracieusement à la revue AÏE : aie@gmsante.fr

édito !

par Claire Delorme
Rédactrice en chef
Centre hospitalier, Bayeux

Connu pour ses vertus antalgiques depuis des millénaires, Baudelaire disait de lui « *qu'il possédait les clefs du paradis, ô juste, subtil et puissant opium* ». Antalgique puissant, l'opium est pour nous, médecins, le plus souvent abordé d'un point de vue pharmacologique, voire historique ; c'est une approche géopolitique inattendue que nous vous proposons dans ce numéro : premier épisode du feuilleton « opium » !

Si la douleur des personnes vulnérables est depuis le deuxième Plan douleur une priorité (2009), combien de temps faudra-t-il pour un réel changement des pratiques, une appropriation des échelles spécifiques d'évaluation et une réelle prise en compte de la douleur en santé mentale ?

Le bon sens, s'il pouvait prévaloir, devrait déjà permettre pour tout changement de comportement d'un patient autiste schizophrène ou autre d'évoquer une potentielle douleur. Les travaux de nos amis québécois et des pionniers en France sur cette thématique méritent d'être salués.

Autre population tout aussi vulnérable et potentiellement algique : les insuffisants rénaux, chez qui nos craintes - justifiées – de l'iatrogénie des traitements médicamenteux entraînent très souvent une insuffisance de couverture antalgique avec comme corollaire un impact non négligeable sur la qualité de vie... un petit rappel des règles de prescription et des sites Web indispensables à connaître.

Les douleurs pelvi-périnéales « anorganiques » résument la complexité de la douleur, les limites du cloisonnement des pratiques médicales et de nos propres limites...

Penser et panser... où l'on découvre que le pansement peut devenir un modèle du penser du prendre-soin, du savoir-faire et du management en soin... L'expertise des infirmières cliniciennes nous permet là une réflexion plus globale sur le soin et l'éthique du soin.

Mais n'est-ce pas aussi prendre soin que d'apporter antalgie et qualité de vie (à domicile) dans des situations de douleurs difficilement gérables ? Le KT périnerveux arrive en ville !

Enfin, nous vous proposons une nouvelle rubrique « il était une fois » la douleur... dans l'art !

Bonne et agréable lecture à toutes et tous.

Abonnez-vous gracieusement à la revue AÏE : aie@gmsante.fr

stupéfiant

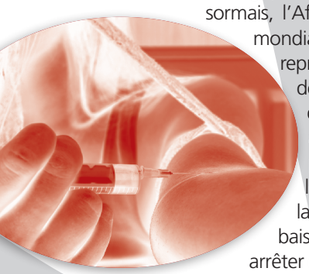
par Olivier Weber*
écrivain, grand reporter

La mauvaise route de l'opium

C'est une route maléfique qui débute dans des villages perdus et finit dans les banlieues d'Occident. Une sente funeste qui s'insinue jusque dans les veines des *junkies* de Paris et de New York. La route de l'opium a remplacé la route de la soie chère à Marco Polo. Dans ses caravansérails et ses maisons de maître, on n'échange plus des tissus précieux, de la soie, pierres rares, or ou lapis-lazuli, mais des armes et une poudre blanche, la poudre de mort. En chemin, le narcotrafic a engrangé des profits fabuleux, dévasté des États, enrichi les seigneurs de guerre. Loin des gentils coquelicots, le pavot à opium qui permet de produire l'héroïne renvoie à la phrase de Cocteau : ***« Il est rare qu'un fumeur quitte l'opium, l'opium le quitte en ruinant tout. »***

J'ai longtemps arpenté cette route, en Afghanistan, au Pakistan, en Iran, en Turquie, en Asie centrale, pour des reportages puis des livres et un documentaire, *L'Opium des talibans*. Dans les années 80, je n'ai vu que quelques champs d'opium en altitude, bien cachés des regards. Le chef de la police du Badakhshan, contrée du nord-est de l'Afghanistan qu'avait précisément évoquée Marco Polo lors de l'un de ses périples, me confiait en pleine résistance contre les troupes soviétiques que les deux taxes prélevées sur les producteurs et transporteurs de drogues, 20 % de la valeur, permettaient de financer la guerre sainte.

Depuis, la route s'est professionnalisée. Les petits trafiquants sont devenus des caïds. Les royalties ont atteint des sommets. Les intermédiaires excellent dans l'art de blanchir à tout crin, à Téhéran, Dubaï, Singapour et dans les capitales occidentales. Désormais, l'Afghanistan produit **90 %** de l'héroïne mondiale. Et les revenus tirés des drogues représentent l'équivalent de plus de **40 %** de son PNB licite. Après dix ans d'efforts de la communauté internationale, après quatorze ans de guerre menée par la coalition internationale contre les talibans, grands pourvoyeurs de la « mort blanche », nombre d'experts baissent les bras : rien ne semble pouvoir arrêter ce négoce hautement lucratif.



Nord-est de Kaboul. Dans un petit village, à plus de deux mille mètres d'altitude, Najmuddine M. cultive du pavot à opium sur deux *djeribs*, soit environ un hectare. À 300 ou 400 dollars le kilo d'opium selon les années, sa plantation lui rapporte sept à dix fois plus que le blé ou l'orge. À quelques kilomètres de là, un trafiquant a installé un petit laboratoire pour transformer la pâte en poudre pure. On imagine un décor de film, des techniciens en blouse blanche et des alambics compliqués. Pas même : le labo, pour 5 000 dollars d'investissement, est une simple benne de tracteur à ciel ouvert… Avec sept à dix kilos d'opium, le trafiquant, proche des talibans, obtient un kilo d'héroïne, revendue 5 000 à 7 000 dollars au prix de départ. À quelques vallées de là, aux portes de Faizabad, le mollah aide ses ouailles à financer le pèlerinage à La Mecque… en cultivant du pavot devant la mosquée ! Plusieurs paysans n'hésitent pas à sortir de leur poche les boules odoriférantes sur les tapis du lieu de culte. Plus loin, de curieux intermédiaires, afghans, iraniens et pakistanais, se chargent d'acheminer la drogue par trois routes : celle du nord vers les républiques d'Asie centrale et Moscou ; celle de l'ouest, *via* l'Iran ; et celle du sud, *via* le Pakistan et Karachi, la grande ville du « pays des purs », maquis urbain de 20 millions d'habitants où la corruption, la pauvreté, le rôle trouble des services secrets permettent tous les trafics. Les talibans croient-ils inonder les veines des *kafirs*, les infidèles, dans les rues d'Occident ? Ils se trompent : les premières victimes sont musulmanes. En Afghanistan, on compte plus d'un million d'héroïnomanes et d'opiomanes sur une population de **32 millions d'âmes**. À Karachi, État dans l'État, certains médecins pakistanais avancent un taux de prévalence d'**addiction à l'héroïne** et aux dérivés de l'opium (morphine, *brown sugar*, etc.) à plus de 7 % de la population, soit plus d'**1,4 million d'habitants**. Dans les cliniques, les hôpitaux, les cours des ONG traitant les toxicomanes, j'ai vu des mères de famille, des fonctionnaires, des journalistes, des douaniers, des instituteurs, tous *junkies*. Une femme commissaire de police confie que nombre d'épouses, devenues *addicts*, s'adonnent à la prostitution pour payer leurs doses. Selon le Dr Ahmed, qui dirige une association de lutte contre la drogue, plus de la moitié des 18 000 chauffeurs de bus locaux consommeraient de l'héroïne et des drogues dures. D'où le nombre très élevé d'accidents de la route. Lorsqu'un chef de la pègre, Abdur Rahman, surnommé le Robin des Bois de Karachi, a ordonné à ses hommes d'arrêter de trafiquer de la came, il a eu des ennuis… avec la police, qui voyait là s'envoler maintes sources de revenus. Le Robin des Bois, depuis, a été tué. J'ai même rencontré dans une cure l'ancien champion de bodybuilding de Karachi. À 34 ans, il a perdu ses dents et ses muscles. Sa famille lui offre le traitement, cher mais efficace. Il a depuis rechuté. Le culturiste pakistanais n'est plus qu'un débris.

La route continue son lent cheminement mortifère. En Iran, la drogue a longtemps été instrumentalisée par différents groupes et partis gravitant autour du pouvoir et de la mollarchie. À tel point que le ***tariaq***, mot signifiant opiacés mais en fait un euphémisme pour ne pas dire héroïne, a gagné toutes les couches de la population.
« Avec 3,8 %, nous avons l'un des taux de prévalence les plus forts au monde », m'ont dit, aux Nations unies, des médecins et diplomates iraniens. À Téhéran, on compte au moins 1 million d'usagers à l'héroïne qui trouvent des doses à un euro et quelque. Le kilo d'héroïne vaut déjà 20 000 à 40 000 dollars le kilo mais la pureté diminue, les doses étant coupées et recoupées. Dans un parc du sud de la ville, les filles ne mettent même plus leur voile pour se shooter. Débordés, les *pasdarans*, les Gardiens de la révolution, laissent faire. Tandis que certains dirigeants se mordent les doigts d'avoir fermé les yeux si longtemps sur le commerce de mort. Du coup, **quatre cents ONG** iraniennes se sont emparées de la question. Des aiguilles sont offertes dans les rues pour éviter la propagation du sida… et jusque dans les prisons. En guise de substitution, nul tabou à distribuer de la méthadone de-ci de-là. « *La grande peur des Iraniens est le* ***syndrome de Karachi****,* confie un expert de l'ONUDC, l'organisme des Nations unies chargé de la lutte contre la drogue et la criminalité. *Si rien n'est fait, ils craignent un problème de reproduction de la société dans deux ou trois générations* ».

Parvenue dans les villes européennes, l'héroïne vaut jusqu'à 100 000 euros le kilo. Comme elle est recoupée avec des additifs, bicarbonate de soude, sucre en poudre, farine, la plus-value est d'autant plus importante. Un dollar « investi » au départ rapporte ainsi sur la chaîne de distribution jusqu'à 250 ou 300 fois plus. Aucun produit au monde ne permet une telle péréquation.
Au-delà de la question de santé publique, la poudre blanche permet aussi à maints mouvements armés de se financer, et même à des groupes terroristes d'acheter des armes, de l'Afghanistan au Moyen-Orient.
La route de l'opium est constellée de morts et de martyrs. Nul ne sait plus comment l'endiguer.

***Olivier Weber,**
écrivain, ancien reporter de guerre, auteur de *L'Enchantement du monde* (roman, Flammarion, 2015) et de Frontières (récit, Paulsen, 2016).

☆ Ludivine Paoli
agence Nextep

billet d'humeur

Et 1, et 2 et 3 zéro !

Un titre en relation avec la couverture et qui rappellera de bons souvenirs à certains d'entre vous ! Trois buts, c'est aussi le résultat obtenu en faveur de la prise en charge de la douleur dans la nouvelle loi de santé. Et pourtant ce n'était pas gagné d'avance car le projet ne comportait aucune mention de la douleur dans sa version originale !
Ni une ni deux, des associations de patients (Association francophone pour vaincre les douleurs [AFVD], Fibromyalgie France) et la Société française d'étude et de traitement de la douleur [SFETD] ont décidé de se lancer sur le terrain législatif pour faire évoluer la situation.
Il a fallu jouer collectif, maîtriser les dribbles, éviter les hors-jeu et être toujours à l'attaque pour atteindre cet objectif.
Au final vous disposez maintenant de plusieurs articles qui reconnaissent l'importance du rôle des professionnels de santé dans la prise en charge de la douleur, qu'il s'agisse des médecins généralistes ou de tous ceux travaillant dans les structures spécialisées.
Peut-être pourra-t-on maintenant mieux soulager la douleur ? C'est en tout cas ce que se fixe la nouvelle loi de santé comme objectif et ce dès son premier article.
Art. L. 1411-1 du CSP : « *La politique de santé comprend* […] *la prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges* ».
Et que complètent 2 autres articles.
Art. L. 4130-1 du CSP : « *Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes : administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur* […] ».
Art. L. 1110-12. du CSP : « *Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.* »

…ment à la revue AÏE : aie@gmsante.fr
Abonnez-vous gracieusement à la revue AÏE : aie@gmsante.fr

Prendre soin

Penser le pansement

par Evelyne Malaquin-Pavan,
Lucinda Brigas dos Santos,
Anaïs Varlet-Becu,
infirmières cliniciennes, hôpital Vaugirard, AP-HP

Chez la personne relevant de soins palliatifs, la survenue de plaies (encadré 1) comme la modification du processus naturel de cicatrisation s'inscrivent dans un contexte d'altération générale de l'état de santé associant différents processus polypathologiques. Pourvoyeurs de douleurs, d'inconfort et d'impacts psychologiques associés, ces facteurs de risques intrinsèques et extrinsèques altèrent la qualité de vie de la personne soignée comme de son entourage. Il est fréquent que les odeurs et la vision de ces plaies, plus ou moins profondes, suintantes et invasives, rappellent le caractère inéluctable de l'avancée de la maladie, cristallisant l'altération du concept de soi[1], l'impuissance, la colère, la peur ou le sentiment d'indignité, d'inutilité voire de dégoût... Autant de questions tout au long de l'évolution de ces plaies interrogeant le sens même de l'accompagnement et les modalités des soins requis produits au regard du vécu du patient, de sa famille, de l'équipe et des besoins de chacun...

Penser au-delà du pansement

Comme la pointe d'un iceberg, le pansement est partie contributive du tout, potentiellement accessoire si l'essentiel échappe aux acteurs ou conséquence d'un choix réflexif priorisant l'ajustement proportionné des éléments complexes impactant l'état actuel de la plaie à panser.

Savoir s'interroger dans une réflexion interdisciplinaire dynamique permet de dessiner l'orientation préventive, curative ou palliative des stratégies thérapeutiques incluant au final le choix des soins locaux à produire sur ces plaies[2].

Telle, tout au long du parcours de soins de cette personne porteuse de plaies (soins curatifs, soins palliatifs intégrés, soins palliatifs exclusifs, soins palliatifs terminaux), la démarche clinique garantissant une prise en soin individualisée se réfléchit en équipe.

C'est tout d'abord partager nos observations, les résultats des examens cliniques et paracliniques (déjà réalisés ou à envisager), nos connaissances scientifiques actualisées. C'est ensuite en confrontant tout cet ensemble au filtre des principes éthiques usuels (encadré 2) que l'équipe sait si elle dispose des compétences requises, si un avis complémentaire doit être sollicité pour aider à la décision comme au compagnonnage clinique (par exemple, avis de l'équipe mobile de soins palliatifs, de l'équipe douleur, de l'infirmière référente plaies, de l'ergothérapeute...). Car c'est au cœur de cette réflexion collégiale qu'émergent les options à privilégier, tenant compte de la phase évolutive des processus pathologiques à l'œuvre et éclairant les objectifs thérapeutiques à négocier en regard avec la personne soignée et/ou sa personne de confiance quand elle ne peut plus s'exprimer elle-même...

Savoir-faire et savoir renoncer

Au cœur de la notion de soins continus, conjuguant avec l'incertitude, les choix thérapeutiques sont le produit d'un savant équilibre entre un savoir-faire et un savoir renoncer. Proscrivant la négligence ou le défaut de soin, pondérés par la coopération effective du patient, les objectifs de soins s'ajustent à la situation du moment, évoluant de manière schématique vers un renoncement progressif soupesant les avantages et les inconvénients de chaque alternative (encadré 3).

L'information et l'instauration d'un climat de confiance avec la personne soignée et sa famille, l'adaptation de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, l'adaptation des pansements primaires et secondaires sont garants de la meilleure qualité de vie possible. Pour autant, choisir le bon pansement repose sur la rigueur de la traçabilité (données, actions, résultats) et des transmissions interdisciplinaires sur 24 heures qui jouent un rôle majeur pour contextualiser la plus-value des options retenues.

1 Typologie et sites des plaies en fin de vie

Typologie variée (unique ou multiple chez un même patient)
- plaies cancéreuses, fistules, abcès
- plaies postopératoires, cicatrice d'amputation
- plaies de pression (escarres)
- plaies artérielles ou veineuses (ulcères)
- plaies buccales...

Sites observés
- sacrum, périnée
- membres supérieurs, inférieurs
- face, cou, oreilles, ailes du nez
- thorax, sein, omoplates, abdomen

Évaluer et réajuster

Identifier la nature de chaque plaie, son stade, ses mécanismes de survenue et la phase de cicatrisation du moment est un prérequis. À chaque fois que possible, la cicatrisation est soutenue, d'autant que chez un même patient certaines plaies peuvent cicatriser, d'autres stagner, d'autres s'aggraver... L'évaluation continue des risques permet de proportionner l'approche clinique, privilégiant *in fine* la réalisation d'un pansement aussi atraumatique et indolore que souhaitable.

Une organisation anticipée participe au confort du patient et à la dextérité gestuelle du soignant[3], notamment pour prévenir les douleurs potentiellement induites avant, pendant et après la réfection du pansement, telles celles liées aux matériels utilisés, à l'installation, à la mobilisation, au temps total du soin *versus* la fatigabilité du patient, aux conséquences immédiates ou à distance du geste technique réalisé (par exemple détersion, drainage, collection de pus...), du pansement primaire en contact avec la plaie (par exemple tiraillement douloureux à distance de la réfection, prurit, soulagement de la pression pulsatile...) et de l'efficacité du pansement secondaire (confort, étanchéité...). Les approches non médicamenteuses[4] utilisées en complémentarité des approches médicamenteuse et relationnelle participent à améliorer le vécu du soin par le patient.

La fréquence de réfection et la classe des pansements sont à adapter aux exsudats et à la zone concernée, avec une attention particulière au contrôle des odeurs et à l'esthétisme du pansement.

Un management d'organisation apprenante

L'écoute et l'accompagnement de l'impact des plaies vécu par le patient, ses proches et les membres de l'équipe contribuent à guider la décision collégiale décrite ci-dessus. Ce management systémique, tant clinique qu'organisationnel, optimise la mise en œuvre d'interventions où panser la plaie s'ajuste au cœur du prendre soin d'une personne dont l'altération physique se pense sans fatalité, y compris en soins palliatifs. •

2 Principes éthiques appliqués à la prise en charge des plaies

- Principe d'autonomie : le droit à l'information, le principe du consentement, le droit de refuser des soins sont parties prenantes des options de soins négociées, notamment en matière de prise en charge, d'explorations complémentaires et de soins locaux des plaies.
- Principe de compétence : les connaissances scientifiques actualisées concernant la prise en charge des plaies s'appliquent en situation palliative comme en situation curative, elles sont connues et/ou accessibles à toutes les catégories professionnelles impliquées dans la prise en charge du patient.
- Principe de proportionnalité et de futilité : l'évaluation du rapport bénéfice-risque permet de renoncer aux options de soins de plaies disproportionnées par rapport à ce que l'on peut en espérer ou n'apportant aucune utilité si elles devaient être poursuivies.
- Principe d'humanité : les modalités bienfaisantes de prise en charge des plaies visent à ne pas provoquer de souffrances inutiles chez un patient vulnérable et à soutenir sa dignité lors de toute interaction.

3 Phases évolutives et objectifs thérapeutiques proportionnés

Évolution maladie(s)	Espérance de vie	Choix d'objectifs à prioriser
Phase palliative débutante	année ou mois	Éviter l'apparition d'une plaie Cicatriser la plaie (+/- selon la cause) Prévenir l'extension de la plaie Prévenir la survenue de nouvelles plaies Traiter les conséquences inconfortables de la plaie Prévenir ou traiter les complications
Phase palliative avancée	mois ou semaines	Prévenir/retarder l'extension de la plaie Prévenir/retarder la survenue de nouvelles plaies Traiter les conséquences inconfortables de la plaie Prévenir ou traiter les complications
Phase terminale	en jours	Traiter les conséquences inconfortables de la plaie Éviter les mobilisations délétères (renforcer/faire durer le pansement) Maintenir les soins d'hygiène corporelle et de confort
Phase agonique	en heures	Respecter le besoin de tranquillité du patient Maintenir le traitement antalgique de fond et les soins corporels de confort/propreté

Références sur demande

oh !

3

C'est le nombre d'articles mentionnant la prise en charge de la douleur dans la loi de santé.

Abonnez-vous gracieusement à la revue AÏE : aie@gmsante.fr

Abonnez-vous gracieusement à la revue AÏE : aie@gmsante.fr

DOULEURS CHRONIQUES

PELVI-PÉRINÉALES DYSFONCTIONNELLES

MOTEUR
Thibault Riant,
anesthésiste, centre Catherine-de-Sienne

Madame X., 30 ans, est suivie par un gastroentérologue pour sa constipation, par un urologue pour son urgenturie, par un gynécologue pour sa vestibulodynie, par un chirurgien digestif pour ses hémorroïdes, de façon erratique par un psychiatre, par vous, et finalement de plus en plus souvent par SOS médecins et les urgences. D'une manière générale la plainte qui prédomine est une douleur dont l'expression varie en fonction des interlocuteurs mais qui est pour la patiente la même : « une douleur d'en bas ».

★ Les douleurs pelvi-périnéales chroniques sont chroniques avant d'être pelvi-périnéales

Les douleurs pelviennes chroniques « anorganiques » doivent s'entendre d'abord comme des douleurs chroniques. C'est-à-dire une sensation par définition **subjective** exprimée par le patient, entraînant des impotences en fonction de leur localisation, modifiant la personnalité, le statut social, et évoluant pour leur propre compte.

La douleur n'étant plus le reflet proportionnel de la stimulation qui l'a générée, mais la résultante complexe de la modification acquise ou pas du système nociceptif pris dans son ensemble. Autant dire que prétendre évaluer objectivement ce type de douleur chronique uniquement à l'aune de la stimulation qui la fait naître est, comme le disait Joseph Fouché dans un autre contexte, plus qu'un crime, une faute.

Les douleurs pelviennes chroniques « anorganiques », entendues comme douleurs non expliquées complètement par les différentes lésions que l'on a pu trouver, représentent la quintessence de ce concept. De par leur localisation, ces douleurs influencent ou peuvent influencer des fonctions humaines fondamentales. Les mécanismes physiopathologiques sont probablement non univoques et restent discutés : hypersensibilisation, « organes se parlant entre eux » (*crosstalk*), douleurs projetées, syndromes myofasciaux, « *entrapment* », modification antérieure du système nociceptif…

Ces douleurs se caractérisent par la fréquence extrême des comorbidités associées qui parfois peuvent prendre le pas sur la plainte douloureuse et rendent le patient suspect au minimum d'exagération.

L'histoire de la plainte permet parfois de rattacher à tel ou tel événement (infection, chirurgie, stress) ou organe (vessie, sexe, ano-rectum, téguments pelvi-périnéaux) l'origine du syndrome. Pourtant, cette information est souvent insuffisante en elle-même pour proposer une stratégie thérapeutique adaptée. Il peut être intéressant de savoir qu'une névralgie pudendale a débuté dans les suites d'une coloscopie, mais il est difficile de revenir sur ce geste d'autant qu'il est complexe de retrouver une relation anatomique entre cette cause présentée et la pathologie évoquée. Ainsi faire face à une plainte multiforme où s'associent de façon variable des douleurs de la zone, des dysfonctions (douloureuses ou pas) digestives, sexuelles, urologiques, des impossibilités de s'asseoir, des modifications de l'humeur, une intense sensation d'injustice, voire de la colère, s'avère passionnant mais souvent complexe.

Que faire devant ce type de patient ?

Il ne saurait être question de proposer une solution unique universelle mais plutôt d'évoquer quelques principes sans lesquels il paraît difficile d'aider nos patients.

Apprendre au patient à faire entendre sa douleur

Parler de son sexe, de son anus, des manœuvres nécessaires pour déféquer, des positions sexuelles douloureuses ou non n'est pas chose aisée. Dans ce contexte, à la question « *où avez-vous mal ?* », la réponse la plus fréquente est souvent « *docteur, c'est horrible* ».

Localiser précisément la douleur du patient, traduire en langage anatomique les indications (dessins, indications digitales, redéfinitions) données par le patient, sont une façon de modéliser les médias de sa douleur. Est-elle sous la dépendance d'un ou plusieurs nerfs somatiques, existe-t-il une participation végétative ?

Évoquer précisément et systématiquement les troubles fonctionnels potentiels de chaque organe de la zone, le moment d'apparition des troubles, permettra de définir des syndromes, d'écarter des pathologies.

Apprendre au patient à parler de sa douleur, cela évite bien des errements diagnostiques et thérapeutiques et permet de déterminer les moyens d'évaluer les symptômes, les modifications induites par les traitements et, par là, de définir des objectifs plus réalistes, moins ambitieux.

Mettre en évidence les corrélations possibles entre évolution de la douleur et évolution des troubles fonctionnels non douloureux (diarrhées, constipation, pollakiurie, fatigue, stress) amène à construire des modèles physiopathologiques, et **à proposer que la « tête » du patient ne soit pas la source unique des problèmes mais surtout l'origine des solutions.**

Ne pas être délétère

S'agissant d'une sensation et exclusivement d'une sensation, chercher à la prouver expose au risque de nier cette douleur et souvent de l'aggraver.

Une fois les bilans minimaux réalisés, refaire sans cesse les mêmes examens complémentaires sans raisons valables entraîne le couple soignant/soigné dans une recherche éperdue et sans fin d'une cause curable improbable.

À l'inverse, ne pas tenir compte des drapeaux rouges est une erreur facile car il est aisé de ne pas entendre les changements chez ses patients plaintifs qui nous mettent en échec de tout. Utiliser sans réflexion approfondie, critique, précautionneuse, stratégique des antalgiques forts (morphiniques) reste un bon moyen d'aggraver la situation, de transformer ce que l'on croit être une solution en nouveau problème.

Enfin, le risque est grand de confondre les causes de la douleur et les terrains favorisant son expression. Ainsi, les antécédents de stress post-traumatique, d'abus, de sensation d'injustice, « d'expertises médico-judiciaires » sont fréquents. Ils ne résument pas la symptomatologie, ils ne l'expliquent d'ailleurs pas complètement, et surtout ils ont eu lieu. Se limiter à cette explication est, là encore, une faute. Mais ne pas en tenir compte n'est pas moins grave. Comme toujours, la base sera l'établissement d'une zone de sécurité, et d'une réelle implication du patient dans le choix de ses objectifs thérapeutiques. Enfin, ne pas être délétère c'est aussi se préserver et donc obligatoirement travailler avec d'autres soignants, partager ses doutes et ses espoirs.

Les drapeaux rouges

Si refaire des examens est souvent délétère (et coûteux), passer à côté d'une pathologie grave et/ou curable ne l'est pas moins.

Certains propos, certains signes sont des signes d'alerte imposant au minimum une remise en question du caractère uniquement dysfonctionnel de la pathologie :

- les douleurs trop précises et localisées, leur expression en fulgurance, décharges électriques voire démangeaisons ;
- le caractère insomniant des douleurs ;
- les douleurs survenant pendant (et non principalement après) la défécation, la miction ;
- les déficits constatés lors de l'examen clinique (hypoesthésie, incontinence) ;
- la perte de poids ;
- la perte d'envie, la tristesse, les idées morbides. Ici les passages à l'acte existent ;
- le changement rapide de la symptomatologie (à considérer alors comme une douleur aiguë et donc symptomatique).

Inversement, la trop grande constance, l'absence de variabilité des symptômes (dyspareunie profonde exclusive localisée, pollakiurie sans variabilité nycthémérale…) doivent aussi alerter.

La douleur pelvienne chronique dysfonctionnelle est à bien des égards le modèle de la douleur chronique : des causes inconnues, supposées et souvent inaccessibles au traitement ; des symptômes douloureux rebelles aux thérapies antalgiques usuelles, chamboulant toute la vie du patient dans ses moindres aspects ; une absence de reconnaissance ; une absence d'*evidence-based medicine* (EBM) ; une impossibilité « d'expertiser » sont responsables de la négation du symptôme.

Pour autant il est possible et déontologiquement impératif d'accompagner ces patients non plus pour faire disparaître leurs douleurs mais plutôt pour soulager leur souffrance (« *sufferre* » : supporter, endurer) et améliorer leur qualité de vie. ★

Abonnez-vous gracieusement à la revue AÏE : aie@gmsante.fr
Abonnez-vous gracieusement à la revue AÏE : aie@gmsante.fr

il était une fois

par Richard Treves
Rhumatologue, CHU-Limoges

Côme et Damien

Une greffe de jambe sans douleur

Frères jumeaux d'origine arabe, Côme et Damien exercèrent gratuitement la médecine dans une ville de Cilicie[1] pour diffuser la foi chrétienne parmi les malades. Leur culte était d'origine grecque. Ils sont dits « anargyres » car ils n'acceptaient aucune rétribution. Ils passaient pour guérir aussi bien les animaux que les hommes. C'est ainsi qu'ils guérirent la patte d'un chameau blessé. Les différents épisodes de leur martyre sont purement légendaires. Ils auraient été jetés enchaînés dans la mer, mais un ange aurait rompu leurs liens pour les ramener jusqu'au rivage. C'était sans compter sur l'acharnement du proconsul Lysias au nom de Dioclétien qui les fit attacher à un poteau pour ordonner de les brûler vifs. Miraculeusement les flammes les évitèrent pour se retourner contre leurs tourmenteurs. On tenta en vain de les lapider ou de les transpercer de flèches (comme saint Sébastien) mais les flèches et les pierres refusèrent de les frapper. Finalement, Lysias les fit décapiter. Ils seraient morts en martyrs en 287. On les fête le 26 septembre en Occident.

Le culte de Côme et Damien a été diffusé en Europe à partir de la ***Légende dorée*** de Jacques de Voragine à des fins prosélytiques. C'est ainsi que l'on rapporte la greffe miraculeuse d'une jambe empruntée à un Noir défunt au profit d'un sacristain de l'église Saint-Côme-et-Saint-Damien à Rome, qui était atteint de gangrène gazeuse : le sacristain porte une jambe noire et une autre blanche.

La première représentation de ce prodige chirurgical est due au Maître de la chapelle Rinuccini au XIVe siècle (exposée au musée des Arts à Raleigh dans l'État de Caroline du Nord) suivie de celle de Fra Angelico, ***La Guérison du diacre Justinien***, visible au monastère de San Marco à Florence, offert par Cosme de Médicis.

Le tableau de Fernando del Rincón (1450-1517), que l'on voit ici, illustre élégamment la procédure d'échange : ce tableau est exposé au musée du Prado à Madrid. On y distingue les 4 sujets principaux, l'un des saints portant les instruments, l'autre ajustant la jambe gauche (noire) prélevée sur le mort, le greffé et le donneur.

Le greffé, le sacristain de l'église, portant tonsure, subit grâce au sommeil du juste la greffe chirurgicale ; sa tonsure rappelle ses liens à l'Église dont il assurait l'entretien (on a vu en tout sacristain, péjorativement, le modèle du sot dévot).

La victime noire (détail qui a une grande importance) est laissée à elle-même au pied du lit de l'opéré. Il est étendu, sans aucune attention, si ce n'est que chez ce mort on voit la jambe gauche malade prélevée sur le sacristain remise en place et qui est… blanche.

Le sacristain dort paisiblement, peut-être parce que l'on a réussi à le faire dormir : la branche de laurier (?) peut signifier le succès, la victoire du chirurgien, ce qui n'est pas sans rappeler étrangement l'expression « s'endormir sur ses lauriers », à moins que cette plante ne soit que du laudanum, issu de la « résine du ciste », teinture alcoolique de l'opium dont on connaissait les vertus soporifiques et calmantes.

La position assise du sacristain ne doit rien au hasard, tant l'on craignait la mort au cours du sommeil ; on dormait assis grâce à de nombreux coussins, ce qui explique les dimensions restreintes des lits à l'époque). On peut parier sur la joie et l'étonnement du sacristain à son réveil. Le choix d'un Noir n'est pas fortuit : les Noirs n'ont eu, aux yeux de l'Église, aucune importance humaine. Ils furent, avec la bénédiction des papes du début du XVIe siècle, en particulier Alexandre VII (que tout lecteur connaît sous le nom du pape Borgia), considérés comme de simples substituts corvéables aux Indiens d'Amérique après que ces derniers se virent, au nom de la recherche de l'existence de l'âme, exonérés de l'esclavage (c'est le thème du long débat théologique connu sous le nom de « controverse de Valladolid » au profit des Noirs). Ces derniers firent l'objet d'un des pires crimes de l'histoire : c'est à cette époque que commença la traite des Noirs.

On comprend mieux que le donneur de jambe soit au pied (« foulé au pied »), noir (sans importance humaine), au regard détourné et non pas dans la position du gisant (ce qui lui aurait donné le statut du mort à qui l'on doit le respect dû à son âme).

Dans ce même tableau, on remarquera d'autres détails :

– la richesse de la couverture qui protège le sacristain et celle des vêtements de saint Côme et de saint Damien. Dans l'iconographie habituelle, les deux saints sont habillés de vert et de rouge, l'un portant un urinal, l'autre une boîte à médicaments ;
– la représentation de la Vierge à l'Enfant au centre rappelle le caractère religieux de l'acte et du miracle qui s'ensuivit ;
– les personnages disposés dans les deux galeries supérieures pourraient être des étudiants en médecine, futurs barbiers (selon l'appellation de l'époque) assistant à l'acte chirurgical exceptionnel ;
– le personnage en bas à droite, de la bouche duquel sort un serpent peut être une allusion au péché originel ou au caducée, attribut de Mercure et symbole du commerce et des médecins.

©Museo Nacional del Prado

La greffe de jambe était-elle possible à l'époque, c'est-à-dire celle du martyr au IIIe siècle, ou à la Renaissance ? À l'évidence, la réponse est négative.
Il s'agit d'un miracle et chacun appréciera cette bravoure, cette insouciance chirurgicale à l'aune de la vocation pédagogique de la peinture à l'adresse des fidèles, des croyants à… cette époque. •

Abonnez-vous gracieusement à la revue AÏE : aie@gmsante.fr
Abonnez-vous gracieusement à la revue AÏE : aie@gmsante.fr

WAOUH

par Djea Saravane
Chef de service, centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale et autisme, hôpital Barthélémy-Durand, Étampes

LA DOULEUR EN PSYCHIATRIE

UN DÉFI ?

La douleur est considérée en médecine comme un signe clinique manifestant la présence d'un processus physiopathologique. Les études épidémiologiques font cependant apparaître qu'une même lésion ou un même stimulus douloureux sont ressentis de manière différente suivant les individus. Ces variations dépendent de l'âge, du sexe, de la culture, les seuils de sensibilité pouvant varier d'un individu à l'autre ou chez un même individu suivant le contexte psychologique. Ainsi la douleur ne peut pas uniquement se réduire à une lésion anatomique, mais plutôt se définir comme une sensation qui fait intervenir la subjectivité.

IDÉES REÇUES

De très nombreux auteurs se sont penchés sur la perception de la douleur chez les patients psychotiques. La bibliographie insiste surtout sur l'**insensibilité à la douleur chez le schizophrène**. Et elle est riche du fait de la précocité des constatations et observations cliniques, mais le plus souvent mal structurée, du fait de nombreuses hypothèses concernant le phénomène de l'hypoalgésie. La plupart des auteurs ont fait état de **la difficulté pour le psychotique d'exprimer ou de percevoir les stimulations douloureuses**. Les cas cliniques publiés indiquent aux praticiens le danger qu'il pourrait y avoir à ne pas envisager que le patient est atteint d'une pathologie somatique. Cependant le patient n'ayant exprimé aucune plainte douloureuse, aucune prise en charge systématisée n'a été proposée.
Cette aptitude des « fous » à supporter « comme les animaux », les intempéries, sera pour Pinel un dogme médical. « *La folie, par tout ce qu'elle peut comporter de férocité animale préserve l'homme des dangers de la maladie ; elle le fait accéder à une invulnérabilité semblable à celle que la nature dans la prévoyance, a ménagé aux animaux* ».

La douleur en santé mentale

La douleur en psychiatrie a été ignorée, déniée et bon nombre des observations cliniques font référence à l'insensibilité à la douleur des patients psychotiques, de telle sorte que **la prise en charge a été totalement négligée**. Cet état de fait provient de l'incompréhension des mécanismes douloureux, de l'insuffisance de formation des soignants, de l'expression particulière de la douleur ou la pathologie psychiatrique reste prédominante.
Ces dernières années, des recherches certes ont été menées sur les mécanismes des phénomènes douloureux, mais des efforts sont à poursuivre sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur en psychiatrie. La douleur est un phénomène subjectif qui dans bien des cas fait intervenir le discours du patient. Or que devient dans ces conditions l'expérience d'un sujet ayant un discours inintelligible ? Où à l'inverse en face d'un patient dyscommunicant ?
La perception de la douleur chez les patients atteints de pathologie mentale sévère n'est pas simple à déchiffrer.

Recherches actuelles

Les travaux de l'équipe du Pr Serge Marchand (service de neurochirurgie à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de Sherbrooke, Canada) ont apporté **une explication neuro-physiologique pour cette apparente analgésie**. Les patients ressentent bien la douleur, ont un système endogène d'inhibition normal, mais ne présentent pas cette sensibilisation qui est un phénomène adaptif pour éviter une lésion suite à une stimulation persistante. Les patients atteints de pathologie mentale ressentent bien la douleur, mais ne réagissent pas, ne l'expriment pas et l'expression de cette douleur se fait dans un langage ou dans un comportement spécifique qu'il faut savoir décoder.

L'évaluation de la douleur

La douleur est une expérience subjective et son évaluation dépend de nombreux facteurs : étiologie, mécanismes physiopathologiques, place de la douleur dans l'histoire et la culture du patient, de sa vie relationnelle. La démarche clinique commence par **l'interrogatoire** mais avec des limites chez nos patients : ainsi dans la psychose, les perceptions, les sensations, le vécu subjectif de la douleur peuvent être altérés, voire supprimés. **L'examen clinique** permet de faire un bilan comportemental : expression faciale, position, réaction de crispation, et également manifestations neurovégétatives : fréquence cardiaque, pression artérielle, fréquence respiratoire.
Enfin une attention particulière doit être prêtée aux changements d'attitude et de comportement du patient, surtout lorsqu'il est bien stabilisé par le traitement.

Les échelles d'évaluation

Ces outils peuvent, associés à la démarche clinique, nous servir à appréhender la douleur chez les patients souffrant de pathologie mentale. Des échelles ont été validées en psychiatrie :
– chez les patients communicants, des échelles d'auto-évaluation : échelle verbale simple (EVS) et **échelle des six visages** (*Faces Pain Scale-Revised : FPS-R*) en recommandant de ne pas employer les mots triste ou heureux pour les visages ;

– chez les patients dyscommunicants, une échelle d'hétéro-évaluation : expression de la douleur dyscommunicants (EDD), échelle adaptée de l'échelle de la douleur adolescent adulte polyhandicapé (EDAAP), en cours de validation nationale.

Les modalités thérapeutiques

Il faut bien choisir le type de traitement en fonction du mécanisme supposé de la douleur et également réévaluer fréquemment et complètement le traitement s'il est inefficace. Il faut tenir compte des psychotropes pris par les patients et éviter des effets nocifs avec un traitement antalgique.
On peut proposer les **moyens pharmacologiques et non pharmacologiques** chez nos patients.

À l'heure actuelle l'insensibilité à la douleur des patients psychiatriques ne doit plus être au premier plan.
La prise en charge des pathologies somatiques des patients psychiatriques devrait pouvoir s'améliorer par une meilleure compréhension de la clinique particulière qu'ils nous offrent lors de telles atteintes. L'écoute attentive de propos délirants inhabituels, pour un patient donné, la survenue inopinée de changements d'habitudes devraient faire évoquer systématiquement une atteinte somatique douloureuse.
Ensemble nous devons nous pencher sur cette approche et savoir développer une attitude qui va permettre d'établir une relation objective et constructive avec le patient.

Abonnez-vous gracieusement à la revue AÏE : aie@gmsante.fr

eh bien !

par Thibault Besselievre
néphrologue, CH Saint-Lô

ANTALGIQUES
ET INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Pourquoi s'y intéresser ?
La prévalence de l'insuffisance rénale chronique (IRC) est en augmentation du fait du vieillissement de la population. Elle complique la prescription médicamenteuse en raison de modifications de la pharmacocinétique des traitements. Une bonne maîtrise de celle-ci est nécessaire pour réaliser une prescription adaptée et limiter les effets secondaires. Pour adapter au mieux la posologie, il est possible de se référer au *Guide de prescription des médicaments chez le patient insuffisant rénal chronique* sur le site GPR : **www.sitegpr.com.**

Comment évaluer la fonction rénale ?

Le débit de filtration glomérulaire est estimé par la créatininémie prenant en compte l'âge, le sexe, l'ethnie et le poids. Les équations les mieux adaptées sont la formule MDRD (*modification of diet in renal disease*) ou CKD-EPI (*chronic kidney disease epidemiology collaboration*) accessibles sur le site de la Société de néphrologie : **www.soc-nephrologie.org.**

Comment adapter la posologie des différents antalgiques ?

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : ils entraînent une vasoconstriction de l'artère afférente du glomérule responsable d'une diminution du débit sanguin rénal avec un risque de dégradation de la fonction rénale, d'hypertension artérielle, d'hyperkaliémie et de surcharge hydrosodée. Ils peuvent aussi être responsables d'atteintes directes du glomérule, aiguës ou chroniques. Pour ces différentes raisons cette classe thérapeutique est à proscrire chez le patient IRC, d'autant plus s'il est à risque d'hypovolémie ou s'il a des traitements bloqueurs du système rénine-angiotensine ou diurétiques.

Antalgiques de palier 1* :
– le paracétamol est l'antalgique de loin le plus utilisé. L'élimination du métabolite actif par le rein est mineure. L'adaptation posologique lors de l'IRC est donc modérée ;
– le néfopam est métabolisé en métabolite inactif. Il ne nécessite donc pas d'adaptation posologique.

Antalgiques de palier 2* :
– le tramadol a une élimination urinaire. L'augmentation de sa demi-vie d'élimination implique une adaptation lors de l'IRC en espaçant les prises et en évitant les formes à libération prolongée ;
– la codéine a une action antalgique par sa transformation en dérivé morphinique. Sa demi-vie d'élimination est donc augmentée dans l'IRC avec des risques d'accumulation et d'effets secondaires majorés. Elle n'est donc à prescrire qu'en deuxième intention ;
– pour l'opium, nous n'avons pas assez de données pharmacocinétiques et de tolérance dans l'IRC.

Antalgiques de palier 3* :
– la morphine a un métabolisme hépatique se dégradant en 2 métabolites d'élimination rénale dont 1 actif ;
– l'oxycodone a une élimination rénale de ses métabolites actifs ;
– le fentanyl est métabolisé au niveau hépatique en composés inactifs. En théorie, il s'accumule peu lors de l'IRC, mais des études de pharmacocinétique retrouvent tout de même une demi-vie augmentée dans l'IRC ;
– l'hydromorphone possède un métabolisme qui semblerait bien adapté, mais cette molécule n'existe pas sous forme à libération immédiate en France. De plus son AMM est réservée aux douleurs d'origine cancéreuse.

Agoniste/antagoniste de la morphine : la buprénorphine a une action sur les douleurs nociceptives et neuropathiques. Le métabolisme est uniquement hépatique sans modification de la pharmacocinétique. Elle ne nécessite donc pas d'adaptation posologique et est bien adaptée au patient IRC.

En pratique, pour les opiacés, il est nécessaire de débuter par des doses faibles mais avec une titration rapprochée. Il faut favoriser les formes à libération immédiate.
La méthadone serait intéressante chez le patient IRC car uniquement 20 % est d'élimination rénale sous forme inchangée avec peu de variation du profil pharmacocinétique. En France, ce traitement n'a pas d'AMM dans le traitement de la douleur (hors situation palliative).
Association fixe : il est important de connaître la composition posologique des différents traitements et de les analyser séparément en fonction de leur pharmacocinétique.
Les co-analgésiques, par antiépileptiques et antidépresseurs, doivent être associés s'ils sont nécessaires, en commençant à dose modérée et en augmentant progressivement la posologie selon la tolérance.

* Pour une information détaillée, se reporter aux résumés des caractéristiques des médicaments.

Que retenir ?
L'IRC ne doit pas être un prétexte pour ne pas traiter efficacement la douleur. Excepté les AINS, aucun traitement n'est contre-indiqué, ils requièrent simplement une adaptation de prescription et un suivi. Il faut privilégier les traitements pour lesquels il existe des données pharmacologiques.

Cathéters périnerveux

OUF

Éric Bures
anesthésiste, clinique Saint-Joseph, Angoulême

Quand on arrive en ville !

* L'utilisation de médicament dans une situation hors AMM est de la responsabilité du prescripteur.

Les cathéters périnerveux arrivent en ville et viennent renforcer l'arsenal thérapeutique de la lutte contre la douleur. L'intégration du signal douloureux au niveau cortical est l'ultime étape de processus complexes. Cependant, la douleur est toujours transmise par des nerfs. Si l'on connaît leurs localisations, il est possible de bloquer une partie du signal et diminuer d'autant les symptômes. Le cathéter périnerveux (CP) est un petit tuyau placé près du nerf responsable de l'innervation du territoire douloureux. Un médicament anesthésique local, la ROPIVACAÏNE, est perfusé en continu diminuant ou supprimant le message nociceptif. Couramment utilisées en analgésie postopératoire, notamment en chirurgie orthopédique des membres, ces techniques sont de plus en plus préconisées en douleur chronique.

Quelles douleurs ?

Les **douleurs des membres** et parfois du **thorax** sont particulièrement adaptées. Par contre les douleurs abdominales ou rachidiennes sont plus du ressort de la péridurale, qui est plus difficile à utiliser en ville.
On retiendra plus particulièrement toutes les douleurs **provoquées par les soins**, notamment les lésions de l'**artérite** des membres, mais aussi les **ulcères** et les **escarres** d'autres origines. Chez les patients amputés, associés aux autres traitements, le CP semble permettre une diminution à long terme de l'intensité des douleurs de membre fantôme.
Le zona peut également bénéficier de ces techniques ainsi que certaines **métastases** de cancers.
Enfin, dans les **syndromes douloureux régionaux complexes (algodystrophie),** les CP peuvent aider, notamment à la phase aiguë. La plupart de ces patients sont très bien traités sans CP, mais il peut arriver que certains échappent au traitement même avec des antalgiques majeurs. C'est dans ce cas que cette technique peut être utile.

À qui s'adresser ?

Le CP est implanté au bloc opératoire par un médecin anesthésiste, dans des conditions d'asepsie chirurgicale, sous contrôle échographique. La loi impose qu'il fasse la première injection.
Il est souhaitable d'adresser le patient au centre antidouleur près de chez vous. Le médecin algologue validera l'indication. Il travaille habituellement en réseau avec un ou plusieurs médecins implanteurs.

Comment se passe le retour au domicile ?

Il est indispensable de bénéficier d'une **organisation adaptée**.
Cette organisation peut s'appuyer soit sur des prestataires de services coordinateurs formés au CP, soit sur un réseau de soins, soit sur une HAD.
Les acteurs principaux de ces prises en charge sont les **infirmiers** libéraux. Ils bénéficient d'une formation, de protocoles, de la conduite à tenir en cas d'urgence.
Un suivi régulier en lien étroit avec l'équipe qui a initié le traitement est organisé. La collaboration avec le **médecin traitant** est impérative. L'information du patient et de sa famille va de soi.

Que peut-il se passer au domicile ?

Tout doit être prévu au domicile pour le retour du patient. C'est ici qu'intervient le prestataire de services. Il apporte le matériel nécessaire et forme les professionnels à son utilisation (notamment aux pompes électroniques). Le risque le plus grave est l'**infection**, c'est le même risque pour tout dispositif injectable extériorisé. La surveillance de l'infirmière libérale est donc fondamentale, son passage doit être quotidien. Une baisse de l'efficacité peut être observée après quelques semaines de traitement.

Pourquoi ces traitements* ne sont-ils pas plus répandus ?

La législation n'est actuellement pas adaptée à ces traitements à domicile. Le décret de compétence des infirmières leur reconnaît le droit d'utiliser les CP, mais leur nomenclature ne prévoit aucune rémunération.
Le produit peut être prescrit hors AMM à la condition d'indiquer « hors AMM » (pas de remboursement dans ce cas) car il est souvent la seule alternative dans certaines douleurs. Une révision de la perfusion à domicile est en phase finale et devrait permettre de lever ces derniers blocages.

Conclusion
Ces traitements sont une arme supplémentaire dans la lutte contre la douleur. Ils ne sont jamais utilisés seuls mais dans le cadre d'une stratégie réfléchie qui intègre tous les acteurs autour du patient et en particulier le premier d'entre eux : le médecin traitant.

Abonnez-vous gracieusement à la revue AÏE : aie@gmsante.fr