

## Éditorial

### Editorial

**G. Mick · C. Berlemont · E. Bochet · C. Castagnet · C. Moyenin · B. Duplan · C. Garcia-Porra · D. Gillet · S. Heritier · R. Minjard · J.-P. Ramponneau · M. Varigas**

© Lavoisier SAS 2016

En France, il y a près de 15 ans, l'Académie Nationale de Médecine comparait les structures de prise en charge de la douleur chronique aux sanatoriums du futur... La ténacité des professionnels du monde de la douleur est venue à bout de cette posture, avec un récent communiqué qui nous offre aujourd'hui le soutien de cette illustre institution [1]. Pour autant, la confrontation à la réalité s'impose : le contexte budgétaire, les orientations des politiques publiques concernant l'organisation du système de santé français (la médecine de parcours, le virage ambulatoire, la mutualisation des moyens hospitaliers en territoires, la place des usagers qui fort logiquement se renforce quant aux choix qui concernent leur santé), tout aujourd'hui incite, voire conduit à l'évolution des dispositifs de santé vers l'amélioration des coopérations, de la coordination et de la concertation entre des professionnels souvent cloisonnés. Est-il nécessaire de démontrer que les structures de prise en charge de la douleur chronique (SDC) répondent déjà à ces priorités ? Les SDC permettent une relecture globale de la situation d'une personne, la plupart du temps en état de détresse physique, psychique et sociale ; elles font le lien entre des acteurs qui souvent n'échangent jamais, du kinésithérapeute libéral jusqu'au médecin du travail ou médecin-conseil ; elles impliquent le patient dans la déclinaison de ses objectifs thérapeutiques, l'engage dans une dynamique propre accompagnée par l'équipe vers un nouveau projet de vie ; elles traquent l'iatrogénie, contribuent à la réduction de la multiplication des examens complémentaires et des hospitalisations indues, tant aux urgences qu'en services de spécialité. En somme, elles réorganisent les *parcours de santé*, concept à la mode qui hante les pays occidentaux à la recherche d'une réduction des coûts publics [2]. Cependant, sous le joug de la contrainte économique, il s'agit à présent en France de révi-

ser les critères de labellisation et de financement de ces structures : il faut évaluer certes fort légitimement leurs pratiques, mais avec un fil rouge quantitatif et des lignes de cadrage qui ne s'accordent pas forcément avec la nécessité d'une organisation adaptée à une offre de soins au long cours et très variable d'un territoire à un autre. Mais s'il n'y avait que cela...

Quand reconnaîtra-t-on que les psychologues cliniciens sont des *professionnels de santé* ? Dès lors, quand seront-ils pris en compte et valorisés en matière d'activité dans les SDC ? Ils sont pourtant sur le devant de la scène, depuis des dizaines d'années dans le monde de la douleur, cliniciens et scientifiques qui ont révolutionné concepts et pratiques. Pivots pour tout le monde, mais sans existence propre parce qu'une réglementation ad hoc n'est pas encore disponible alors qu'elle est nécessaire et attendue depuis des lustres...

À quoi sert donc une infirmière si ce n'est pour *faire des soins*, peut-on entendre ? Il ne devrait point être nécessaire de démontrer qu'à l'instar de ce qui se fait depuis des dizaines d'années en oncologie, diabétologie ou soins palliatifs, l'infirmière est le centre articulaire d'une équipe pluridisciplinaire, et qu'elle ne s'occupe pas que de soins mais assure une continuité avec l'équipe dans le parcours de vie élaboré avec le patient. Les statistiques d'activité des SDC peuvent-elles nous renseigner sur cette mission fondamentale ? Oui, mais seulement si elles sont élaborées dans une logique de valorisation et non de contrôle.

C'est dans ce contexte de lisibilité identitaire que des professionnels de la douleur chronique œuvrant en SDC en France ont souhaité faire ici état non seulement de leurs pratiques dans leurs dispositifs de prise en charge en établissements, mais également de l'apport spécifique de celles-ci au regard des priorités de santé publique. Il s'agit de dire ce qui se passe au cours de la consultation initiale d'évaluation avec un patient douloureux chronique, très souvent à l'issue d'un parcours chaotique et coûteux pour la société, en tout cas inadapté car a priori incapable de lui apporter ce qu'il est en droit d'attendre, et il faut ici le rappeler : non pas une disparition de sa douleur, mais bien une *amélioration de sa qualité de vie*,

---

G. Mick (✉) · C. Berlemont · E. Bochet · C. Castagnet · C. Moyenin · B. Duplan · C. Garcia-Porra · D. Gillet · S. Heritier · R. Minjard · J.-P. Ramponneau · M. Varigas  
Unité d'évaluation et de traitement de la douleur du Voironnais, centre hospitalier, BP 208, F-38506 Voiron cedex, France  
e-mail : ge.mick@wanadoo.fr

dont la douleur physique n'est qu'un élément, et une *réduction de son handicap physique, psychique et social*. La lumière sera jetée sur la place *capitale* (oui, c'est bien ce qui est écrit) et les missions si diverses de l'infirmier(ère) ou du psychologue au sein d'une équipe non seulement pluridisciplinaire mais également pluriprofessionnelle. Il sera tout autant question d'être capable d'évaluer ce qui est réalisé par ces professionnels, pourquoi et comment. Enfin, puisque nous entendons beaucoup parler ces temps-ci de *parcours coordonné* [2], nous évoquerons la concertation entre professionnels autour d'un patient ou de sa situation : comment la concertation peut, même réalisée à minima, venir à bout d'incohérences qui jalonnent le parcours de santé d'un patient douloureux chronique.

Il y a quelques années, quelques-uns parmi nous avaient suggéré que le patient douloureux chronique, dans sa *complexité* (encore un vocable dont on entend beaucoup parler et qui constitue le cœur de plusieurs articles et décrets de la

nouvelle loi de santé française) était un modèle d'*aliénation sociale* [3]. Cette question semble toujours d'actualité, et la présente contribution d'équipes de structures de prise en charge de la douleur chronique invite les régulateurs du système de santé à s'y pencher avec réalisme. Bonne lecture à eux et à nous tous !

## Références

1. Queneau P, Serrie A, Laurent B, Treves R (2016) À propos de la disparition du DESC Douleur. Académie Nationale de Médecine, Communiqué, 1/3/2016
2. Bloch MH, Henaut L (2014) Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médicosocial. Dunod, Paris
3. Clot A (2010) La douleur chronique, modèle d'aliénation sociale. Mémoire de Master 2, département de Sociologie, université des Sciences Sociales et Humaines de Grenoble, Grenoble, France