

Troisième plan contre la douleur Les promesses ne seront pas tenues

Élevée depuis 1998 au rang de priorité de santé publique, la prise en charge de la douleur reste encore un maillon faible de notre système de soins. Tandis que le 3^e plan Douleur arrive à échéance à la fin de l'année, son bilan s'annonce déjà très mitigé. La faute à un important problème de financement, qui a compromis la mise en place de nombreuses actions engagées.

LANCÉ par Xavier Bertrand, le plan Douleur 2006-2010 s'achève à la fin du mois. Son évaluation est en cours d'élaboration par le Haut Conseil de santé publique, qui devrait rendre son rapport en mars. Pour le Pr Alain Serrie, président fondateur de Douleurs sans Frontières et président d'honneur de la Société française d'étude et de traitement de la

douleur (SFETD), les principaux objectifs de ce plan ne seront pas atteints. À cause, notamment, d'un sérieux problème de financement. Ainsi, sur les 27 millions d'euros de dotations du 3^e plan, seulement 16 millions seront dépensés d'ici à la fin de l'année. Encore plus préoccupant : sur ces 16 millions, moins de 10 millions auront réellement servi à financer des actions dans le cadre de la douleur ! Le reste faisant les frais de changements de lignes budgétaires, explique le Pr Serrie, qui n'hésite pas à pointer ici un « détournement de fonds publics ». Distribuées par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les dotations décidées dans le cadre du plan Douleur « servent régulièrement à combler les déficits des hôpitaux et n'arrivent qu'en partie à leur destination

initiale », accuse-t-il. Car, si les hôpitaux sont astreints à une notification de recettes, ils ne sont pas obligés de produire une notification des dépenses. Un changement de ligne budgétaire devient dès lors chose aisée. Dans l'optique d'un quatrième plan Douleur, le Pr Serrie juge donc primordial qu'une obligation d'attribution des dotations y soit spécifiquement inscrite. Ce problème d'affectation effective des fonds publics engagés dans ce 3^e plan aura ainsi rendu caducs plusieurs axes prioritaires de lutte contre la douleur. À commencer par la douleur de l'enfant. « Sept cent mille euros devaient servir à la création d'une journée de consultation hebdomadaire par département pour les enfants souffrant de douleurs chroniques. Au final, aucun moyen supplémentaire n'a été réellement dégagé », dénonce le Dr Jean Bruxelles, qui vient de quitter son poste à la tête de SFETD.

Vers un observatoire de la douleur ? Nouveau président de l'association depuis le 17 novembre, le Dr Michel Lantéri-Minet, par ailleurs chef du département d'évaluation et traitement de la douleur au CHU de Nice, dresse les priorités d'un indispensable 4^e plan Douleur. À savoir : rendre les structures douleur plus accessibles aux patients grâce à une réelle adéquation entre les moyens et les besoins ; optimiser le rôle de premier recours du médecin généraliste en formalisant la filière universitaire pour permettre à tous les professionnels de santé de disposer d'un bagage suffisant pour

prendre en charge les patients douloureux chroniques ; améliorer la recherche translationnelle dans l'Hexagone pour développer de nouveaux moyens thérapeutiques. En France, 20 % au moins de la population générale souffre d'une douleur chronique persistant un minimum de 3 à 6 mois. La douleur chronique touche tous les âges. Une majorité des douloureux chroniques ayant moins de 60 ans. D'après une étude de 2004*, 14,8 % des Français présenteraient des douleurs modérées à intenses et 5,1 % des douleurs intenses à très intenses. Et, avec le vieillissement de la population, la question de la douleur chronique devient encore plus préoccupante. Selon sa forme, son évolution et son ressenti par le patient, la douleur chronique peut devenir « une maladie dans la maladie », engendrant souvent une désinsertion socio-professionnelle progressive. De fait, la douleur chronique a un impact social majeur sur le plan économique de par les coûts directs et indirects qu'elle induit. Faute d'étude médico-économique globale sur le sujet, le coût de la douleur reste encore mal connu dans notre pays. Pour la SFETD, la mise en place d'un observatoire national de la douleur chronique en France est prioritaire, afin de dresser un état des lieux précis de la situation à l'échelle de notre nation et suivre étroitement la réalisation effective des actions décidées dans le cadre du prochain plan Douleur.

> DAVID BILHAUT

* Étude STOPNOP 2004, Dr Bouhassira.

Améliorer la formation médicale

« La prise en charge de la douleur ne pourra progresser qu'à partir du moment où un enseignement universitaire spécifique sera dispensé aux étudiants médecins », clame le Pr Serge Blond, chef du service de neurochirurgie et coordonnateur du centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHRU de Lille. Le 3^e plan douleur a certes permis la mise en place d'un DESC médecine de la douleur-médecine palliative qui forme des internes spécialisés. Mais cette formation qualifiante reste « éclatée en différents cursus complémentaires, maintenant la douleur et sa prise en charge au rang de sous-spécialité alors qu'elle devrait évoluer vers la constitution d'une véritable filière de recherche ». De même, l'enseignement de la douleur dispensé aux étudiants s'orientant vers la médecine générale doit être amélioré.

Ce thème est aujourd'hui noyé dans le module 6 du 2^e cycle, qui englobe 20 heures d'enseignements plutôt disparates. Renforcer et harmoniser l'enseignement de la douleur permettraient aux futurs médecins traitants de « disposer des connaissances cliniques et fondamentales indispensables à la réalisation des premiers soins », estime le Pr Blond.

Un dialogue médecin-patients difficile

« Pouvoir exprimer la douleur à sa famille, au médecin, à son entourage, c'est déjà faire un premier pas vers la guérison de cette maladie qui n'est pas reconnue comme telle », déclare Martine Chauvin, présidente de l'Association franco-phonie pour vaincre la douleur (AFVD). Or « faire entrer les effets destructeurs de la douleur sur le plan psychologique, familial, professionnel dans la consultation médicale est une entreprise quasiment impossible », du fait d'un temps de consultation souvent trop court, juge Martine Chauvin. « Le médecin traitant formé au diagnostic des maladies écoute la maladie mais n'entend pas toujours la douleur », poursuit-elle. Quant aux unités ou centres d'étude et de traitement de la douleur, elles restent irrégulièrement et insuffisamment implantées sur le territoire. « L'attente pour une consultation est de trois à six mois selon les établissements », rappelle Martine Chauvin. Afin d'accompagner les patients douloureux chroniques, l'AFVD a mis en place des permanences*. « Notre rôle est de pouvoir rassurer les patients, les orienter et les informer. Nous nous inscrivons en complément de l'action des médecins », explique-t-elle.

* AFVD - Info patients : 0810.510.310, www.association-afvd.com.

Une expérience menée sur des vétérans français et russes Un tournoi d'échecs pour mater l'Alzheimer

Pour faire avancer la recherche contre la maladie d'Alzheimer, un tournoi d'échecs a opposé des vétérans français et russes à Nice et Moscou, à l'initiative des ministères de la Santé des deux pays. Des tests neuropsychologiques ont été réalisés pendant les parties, dont l'analyse approfondie doit donner lieu à une publication scientifique.

LE JEU D'ÉCHECS permet-il de prévenir et de lutter contre la maladie d'Alzheimer ? La littérature scientifique est muette sur le sujet. Elle devrait s'enrichir dans les années à venir de l'expérience menée par les ministères de la Santé russe et français avec les fédérations sportives des deux pays et les autorités médicales spécialisées dans le domaine de la mémoire. Dans le cadre de l'année France-Russie, 16 joueurs d'échecs seniors âgés entre 60 et 94 ans ont accepté de se prêter à cette expérience. Ils se sont affrontés entre Moscou et Nice via le système de Téléprésence, créé par Cisco et intégré par IBM, qui permet de réunir autour d'une table virtuelle des participants éloignés.

Au cours de ces rencontres, une batterie de tests neuropsychologiques a été réalisée sur les joueurs des deux équipes à l'aide de capteurs sensoriels. Les données scientifiques – émotionnelles et physiologiques –

ont été recueillies et analysées à Nice et à Moscou. Les premiers résultats ont été livrés lors d'une conférence retransmise simultanément à Moscou, Nice et Issy-les-Moulineaux, en présence de l'ex-champion de France Joël Lautier et du légendaire champion du monde russe Anatoly Karpov.

L'émotion, ennemie de la réflexion. « Nous constatons que les capacités de mémoire, d'attention, bref l'activité cognitive des 16 participants est pratiquement la même que celle de joueurs plus jeunes », déclare le Pr Vladimir Zakharov, de la première université d'État de médecine de Moscou. Les capteurs ont permis de mesurer l'état de stress des participants, pendant une période de repos, puis pendant les parties. « Il apparaît que le stress survient au moment où le joueur vient de jouer et qu'il attend la réponse de son adversaire », commente le Pr Philippe Robert, psychiatre au centre mémoire de ressources et de recherche au CHU de Nice.

« Quand un "cerveau" joue aux échecs, il perçoit d'abord l'information », affirme le Pr Bruno Dubois, neurologue à La Pitié-Salpêtrière (Paris), directeur de l'Institut de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer (IM2A). Il la reconnaît et la traite pour en extraire le sens. Par rapport aux informations pré-



Russes et Français s'affrontent autour d'une table virtuelle

sentes et à celles d'expériences passées, il manipule les données dans une région du cerveau, le cortex frontal, pour élaborer la réponse la plus adaptée. » Des études ont montré que, pour bien jouer aux échecs, l'individu doit donc non seulement faire travailler son cortex frontal, mais aussi maîtriser les émotions qui pourraient contrecarrer sa performance. Or les sujets âgés ont parfois plus de difficultés à contrôler leurs émotions lorsqu'ils sont atteints d'une pathologie cérébrale comme la maladie d'Alzheimer. « Les personnes âgées sont souvent sujettes à des modifications affectives, parfois des dépressions, qui peuvent survenir à l'occasion de

leur départ à la retraite, d'un décès ou de la solitude, poursuit le Pr Dubois. Ils nécessitent une attention particulière du milieu médical. »

Une publication scientifique attendue. « Le vieillissement de la population est une préoccupation en France et les maladies dégénératives, dont l'Alzheimer, sont devenues une priorité de prise en charge », affirme le Dr Benoît Lavalart, de la mission Alzheimer. Il n'existe pas de traitement curatif de la maladie, c'est pourquoi la prévention est très importante ainsi que toute la stimulation intellectuelle et sociale, qui a montré son efficacité. »

Le nombre de malades d'Alzheimer et des démences apparentées devrait doubler en vingt ans dans le monde et passer de 35,6 millions aujourd'hui à 65,7 millions en 2030, selon un rapport récent de l'association Alzheimer's Disease International.

« De nombreuses études ont montré qu'une activité intellectuelle et soutenue permettait un vieillissement cérébral satisfaisant et normal. Les échecs, comme beaucoup de jeux, contribuent à prévenir la maladie d'Alzheimer », précise le Pr Robert. Le monde du jeu des rois semble relativement épargné par l'hécatombe. « Nous ne connaissons pas de joueur d'échecs renommé affecté par la maladie d'Alzheimer », observe Jean-Claude Moingt, président de la Fédération française des échecs (FFE).

L'expérience menée à Paris et Moscou devrait se prolonger dans les mois à venir. Les tests neuropsychologiques ont été enregistrés. Les experts comptent en approfondir les résultats dans le cadre d'une publication scientifique franco-russe. Pour la petite histoire, les vétérans français emmenés par Roger Ferry, 78 ans et 51 participations au championnat de France d'échecs, ont créé la surprise en remportant la finale. Un résultat que les favoris russes auront à cœur... d'oublier.

> CHRISTOPHE GATTUSO