



BELGIAN PAIN SOCIETY

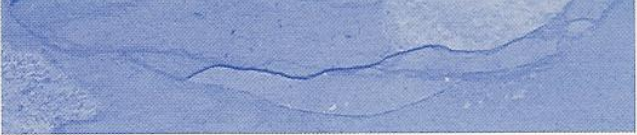
Belgian Chapter of the International
Association for the Study of Pain

Aborder ensemble la problématique de la douleur

Proposition pour l'élaboration
de structures d'évaluation
et de traitement de la douleur
en Belgique



Livre blanc



La douleur demeure l'un des problèmes médicaux les moins reconnus et les moins traités de ce siècle, et probablement du siècle à venir également. Les statistiques montrent l'énorme impact négatif engendré par la douleur chronique, l'ampleur des coûts économiques et sociaux y afférents, ainsi que la perturbation importante de la qualité de vie des millions de personnes qui en souffrent.

La prise en charge de la douleur doit devenir une **priorité** de santé publique

Sans un traitement ad hoc, ces personnes ne sont souvent pas en mesure de travailler, voire de réaliser les tâches les plus élémentaires de la vie quotidienne.

De plus ces personnes souffrent fréquemment de dépression nerveuse et de stress.

Le traitement fructueux de la douleur est donc un processus complexe. En raison des frais afférents à ce traitement et du droit des individus à bénéficier d'une qualité de vie acceptable, l'ampleur du problème de la douleur doit être plus généralement reconnue.

Nous apportons notre soutien total à l'appel lancé par la BPS aux pouvoirs publics belges afin que ces derniers libèrent des moyens structurels et financiers destinés à diminuer la souffrance de milliers de patients.



Jean Marie Besson
Président de l'Association Internationale
pour l'Etude de la Douleur (IASP)

A l'heure actuelle, les progrès de la science et les possibilités qu'offre la médecine sont tels, qu'il est inacceptable que tant de patients se trouvent encore confrontés à une douleur chronique. Si le fonctionnement des soins de santé laisse à désirer dans ce domaine, c'est en partie à cause d'une connaissance insuffisante et d'une formation incomplète des médecins, même si la "douleur" reste une des plaintes le plus souvent rencontrée. Le rôle du médecin généraliste ne peut pas être sous-estimé : c'est lui qui connaît le mieux le patient, qui est responsable du suivi médical quotidien et qui réalise le traitement en concertation étroite avec le spécialiste de la douleur.

“0,1 % du budget des soins de santé consacré à la lutte contre la douleur”

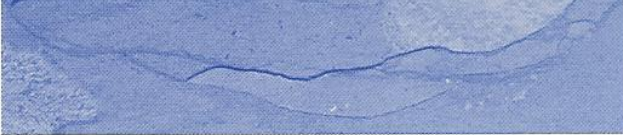
Pour tous nos hôpitaux, il importe de développer le concept de “painless clinics” (“vers un hôpital sans douleur”) et de prendre des mesures préventives afin d'éviter que la douleur aiguë n'évolue vers le stade de la douleur chronique. Cette dernière occasionne infiniment plus de perturbations physiques et psychiques pour le patient et son entourage, mais a également des conséquences désastreuses en termes social et économique. C'est pourquoi il est essentiel de favoriser une collaboration étroite entre les médecins, les paramédicaux et le patient.

D'autre part, la douleur chronique nécessite une approche multidisciplinaire qui reste cependant exceptionnelle dans notre pays : quelques collègues enthousiastes peuvent y consacrer une partie de leur activité...faute de structure organisée ou de programme de financement. Ces centres de la douleur doivent servir d'exemples en ce qui concerne la collaboration étroite entre spécialistes, personnel infirmier, psychologues et autres intervenants avec le patient comme point central.

Dans le cadre du budget actuel des soins de santé, d'un montant de 480 milliards de BEF, il y aurait lieu de réserver un espace pour l'approche structurelle du traitement de la douleur.



Antoon De Laat
Président de la BPS



La BPS est une association scientifique multidisciplinaire, dont les membres sont pour l'essentiel des médecins spécialistes (anesthésistes, psychiatres, neurologues et neurochirurgiens, médecins spécialisés en réadaptation, radiologues, oncologues, pédiatres, spécialistes en médecine physique et réadaptation, rhumatologues, oto-rhino-laryngologistes, orthopédistes, stomatologues...). Elle regroupe également des médecins traitants, des dentistes, des psychologues, des infirmie(è)r(e)s, des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes.

La section belge de l'International Association for the Study of Pain (Association Internationale pour l'Etude de la Douleur) a été constituée en 1985 et transformée en 1991 en une A.S.B.L. La BPS comptait 274 membres au 1er novembre 1998.

La Belgian Pain Society

La mission de la BPS en sa qualité d'association scientifique est quadruple :

- **Soutenir la formation en matière de traitement de la douleur** : fournir une contribution à la formation de base et à la formation continue des médecins traitants et des spécialistes, ainsi qu'ouvrir cette formation au personnel soignant et paramédical.
- **Stimuler la recherche en matière de douleur** : fournir une aide à la recherche scientifique fondamentale et clinique, notamment par le biais du prix scientifique annuel qui est décerné à un jeune chercheur en Belgique.
- **Encourager le traitement du patient** : développer des structures d'évaluation et de traitement multidisciplinaire.
- **Participer à la mise en œuvre de la politique des soins de santé** : concertation avec les instances officielles afin de favoriser la reconnaissance des nouvelles stratégies diagnostique et thérapeutique, de déterminer des critères et des modalités de remboursement mieux adaptés et de définir des normes de qualité.

Dans le présent Livre blanc, le patient douloureux occupe une place centrale : les spécialistes de diverses disciplines ont élaboré à son intention une structure idéale dans laquelle ses intérêts sont toujours à l'avant-plan des préoccupations.

Ce Livre blanc est le résumé concis d'un consensus ayant fait l'objet d'une préparation attentive.

Un groupe représentatif de la BPS a été interrogé, **dans un premier temps**, sur leur vision de la structure d'un centre de la douleur, sur la description du patient douloureux susceptible d'y être admis, ainsi que sur les missions et la formation du spécialiste de la douleur, et - last but not least - sur le financement de ces activités.

Le but visé

Dans une **seconde phase**, quatorze représentants issus de la première étape (représentants de l'ensemble des disciplines, des universités et des centres non universitaires, francophones et néerlandophones) ont élaboré leur vision commune à l'occasion d'une "réunion de consensus".

Le **résultat de l'interaction entre les idées et les pratiques individuelles** s'est transformé en un ensemble de propositions communes et en une vision transcendant les diverses disciplines dans le cadre d'une spécialité fondamentalement multidisciplinaire.

Ce consensus est constitué de cinq points :

- le patient à traiter (le "patient algologique") ;
- la prise en charge de la douleur ("l'algologie") ;
- le médecin procédant à la prise en charge de la douleur ("l'algologue") ;
- le centre de la douleur (le "centre algologique") ;
- le financement des prestations et des structures algologiques.

La BPS, par le biais de ces propositions, souhaite informer les **pouvoirs publics et les institutions qui sont concernées par la problématique des soins de santé de sa vision en matière d'approche du traitement de la douleur**. La BPS les invite à adopter les mesures **structurelles et budgétaires** qui permettront de traiter le patient douloureux de manière plus adéquate, sur base de la stratégie multidisciplinaire proposée.



La douleur est décrite par l'International Association for the Study of Pain comme "une expérience désagréable à la fois sensorielle et émotionnelle, résultant d'une lésion tissulaire - réelle ou potentielle - ou décrite en référence à une telle lésion" (IASP, 1979).

Nous pouvons y raccrocher la définition suivante, plus simple : "La douleur est toute manifestation que la personne douloureuse affirme ressentir. Cette douleur existe chaque fois que cette personne dit qu'elle existe" (McCaffery, 1979).

La douloureuse réalité


Les douleurs auxquelles la Belgian Pain Society se consacre connaissent trois origines différentes :

- la douleur aiguë postopératoire ;
- la douleur chronique qui n'est pas d'origine maligne et qui se prolonge plus de 6 mois, ou au cours d'une période supérieure à la période de rétablissement escomptée ;
- la douleur cancéreuse chronique, si indiqué, en collaboration avec les soins palliatifs.

Un sondage récent indique que 75 % des Belges interrogés désiraient consulter un centre spécialisé dans la douleur s'ils étaient confrontés à une douleur chronique. Cependant, en Belgique, aucune enquête axée sur la prévention et le coût de la douleur n'a été réalisée. La manière selon laquelle pareille recherche est mise en œuvre détermine pour l'essentiel les résultats de celle-ci. Des données chiffrées comparatives en provenance d'autres pays font état de chiffres terrifiants, en ce qui concerne à la fois le nombre de patients et les coûts sociaux et économiques, ainsi que les troubles psychiques engendrés par la douleur.

Il s'avère par exemple aux Pays-Bas que 20 % des plaintes auxquelles le médecin généraliste est confronté se rapportent à des problèmes de douleur, et notamment à des douleurs dorsales.

Si nous extrapolions les données néerlandaises à la situation que nous connaissons en Belgique, il serait question d'un nombre annuel d'environ 6.600 nouveaux patients pour lesquels nous pourrions parler d'une affection douloureuse entravant le déroulement des activités professionnelles, se prolongeant à tout le moins durant une période de 54 semaines successives et pour laquelle, au vu du diagnostic, une telle durée de maladie n'était pas escomptée.



Au **Royaume-Uni**, les estimations font état d'environ 5 millions de personnes affectées par des douleurs chroniques. Les douleurs dorsales représentent à elles seules pas moins de 45 millions de journées d'incapacité de travail par an en Grande-Bretagne et le traitement de ces douleurs implique pour le British National Health Service (Service National de Santé britannique) le débours d'une somme annuelle estimée à environ 193 millions de livres sterling (\pm 11 milliards de BEF).

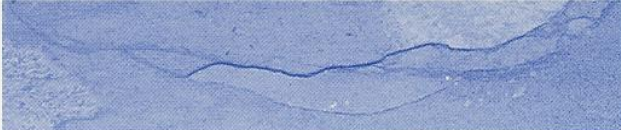
Aux **Etats-Unis**, où les informations statistiques sont disponibles en plus grand nombre, on estime qu'environ 30 % de l'ensemble de la population souffre de douleur chronique, ce qui correspond à grosso modo 86.000.000 de personnes. La perte de revenu découlant de ce phénomène de la douleur chronique coûte au contribuable américain une somme comprise entre 15.000 et 24.000 \$ (soit \pm entre 525.000 et 840.000 BEF) par patient et par année. La charge totale du traitement de la douleur chronique aux Etats-Unis s'élève à environ 65 milliards de \$ (soit \pm 2.275 milliards de BEF).

D'aucuns affirment du reste que la douleur chronique pèse plus lourdement sur la société en termes financiers que les maladies cardio-vasculaires et le cancer réunis.

“Ne plus avoir de vie m'était plus insupportable que la douleur. La clinique de la douleur a diminué ma douleur, mais elle m'a également, et surtout, donné plus de vie.”

“Si vous êtes un patient douloureux chronique, vous n'osez même plus rire, de peur que les autres pensent que vous jouez la comédie.”

“Si vous vous sentez incompris, votre douleur s'aggrave encore un peu plus.”



Une infirmière en chef âgée de 47 ans, a dû cesser ses activités en raison de douleurs affreuses ressenties dans la jambe droite et provoquées par la manipulation des patients. Elle est opérée d'une double hernie discale, sans que cette opération ne mette un terme à la douleur ; au contraire, celle-ci s'aggrave et atteint désormais le dos et les deux jambes. Les analgésiques classiques ne lui sont - depuis longtemps déjà - plus d'aucun secours. L'isolement social devient oppressant et les relations avec sa famille et ses connaissances se dégradent. Elle s'enlise dans une profonde dépression, qui semble sans issue. A la suite d'une première consultation dans la clinique de la douleur, elle est hospitalisée pour la protéger de ses tendances suicidaires. Grâce à l'administration rigoureuse de médicaments et au démarrage d'une psychothérapie, elle peut reprendre confiance dans le corps médical. Simultanément, les séances de réadaptation l'aident à retrouver une certaine autonomie.


Cette patiente est encore suivie à l'heure actuelle tous les 6 mois. Elle n'a jamais plus été en mesure de reprendre ses activités professionnelles. Elle a néanmoins appris à régler ses temps de travail en y insérant des périodes de repos. La poterie constitue son nouvel hobby et elle se consacre également à des activités de bénévolat au profit de personnes défavorisées. Elle parle à nouveau de partir en voyage.

Récits de l'enfer : la douleur

de deux patients ...

Un **quadragénaire** a subi l'ablation d'une tumeur à l'avant-bras, suivie de radiothérapie. Ce traitement indispensable se traduit par l'apparition de nécrose cutanée qui s'infecte et qui nécessite dès lors la réalisation d'une greffe cutanée. Le bras et la main deviennent de plus en plus douloureux. Le patient est effectivement débarrassé de la tumeur, mais, au cours de la décennie suivante, son existence devient un véritable calvaire : le moindre effleurement lui occasionne, en effet, immédiatement une vive sensation de brûlure dans tout le bras. L'absorption de divers analgésiques ne procure aucun soulagement. Le traitement médicamenteux l'abrutit et le rend incohérent. Il doit en outre cesser ses activités professionnelles.

Au centre de la douleur, il est examiné par une équipe multidisciplinaire. Divers traitements médicamenteux échouent. La neuromodulation (une technique permettant de diminuer la sensation de douleur) se traduit par une réduction de moitié de la douleur, ce qui lui permet de reprendre certaines activités. Douze ans après la première ablation, le bras doit néanmoins être amputé en raison de l'apparition d'une nouvelle tumeur. Le patient espère être enfin débarrassé des douleurs, au contraire, la douleur persiste et se modifie : impression de crampes dans la main, de main glacée, d'ongles qui s'enfoncent dans la peau. L'équipe algologique ne lâche pas prise, faisant appel à de nouveaux médicaments et aux techniques de neuromodulation afin de lutter contre les douleurs du membre fantôme.



Le patient douloureux ne peut être défini de manière restrictive. Toutes les formes de douleur doivent pouvoir être traitées. L'approche du traitement et des techniques utilisées dans la douleur aiguë, la douleur chronique d'origine non cancéreuse et la douleur cancéreuse peut varier. L'intérêt porté à la personne qui souffre, reste le point commun.

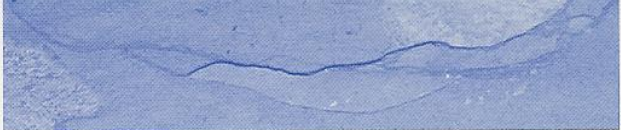
Le patient à traiter =

le patient **algologique**

Toute douleur que le médecin généraliste (la première ligne) ou le médecin spécialiste (la deuxième ligne) n'est pas en mesure de maîtriser et qui est par conséquent adressée au centre algologique, doit pouvoir être traitée par une équipe spécialisée et multidisciplinaire.

La prévention de la douleur, ainsi que la prévention de la transformation de la douleur aiguë en une douleur chronique, doivent faire partie intégrante des soins apportés au patient. Les soins à domicile et les soins spécialisés dispensés dans un centre algologique doivent être le prolongement l'un de l'autre. Cette conception est importante pour la formation du spécialiste de la douleur, de ses collègues du milieu hospitalier et des médecins traitants, ainsi que des paramédicaux (corps infirmier, psychologues, kinésithérapeutes, ...).

"A la souffrance, se réfère tout mal". (E. Lévinas)



Dans un environnement multidisciplinaire, le patient douloureux chronique doit pouvoir compter sur une évaluation, un diagnostic, un traitement et un suivi médical.

L'évaluation : il y a lieu de procéder à un examen approfondi du contexte d'apparition de la douleur et de l'historique du problème avant qu'il ne puisse être question de traitement. Cette évaluation, à l'instar du diagnostic, doit être réalisée en concertation avec les diverses spécialités.

La **procédure de diagnostic** : doit être affinée en permanence.

Le **plan thérapeutique** : axé sur la "gestion" du patient, et par voie de conséquence, pas uniquement sur le traitement du symptôme. Le soulagement de la douleur est une composante du traitement, mais non son intégralité.

Le **suivi médical** : cette approche vise une amélioration de la qualité de vie et privilégie les aspects de réinsertion sociale et professionnelle. La réadaptation du patient est structurellement inscrite dans l'approche thérapeutique et la politique hospitalière.

La prise en charge de la douleur =

l'algologie

Encore faut-il, dans le cadre de cette approche algologique - plus encore que dans d'autres disciplines de la médecine - tenir compte des facteurs suivants :

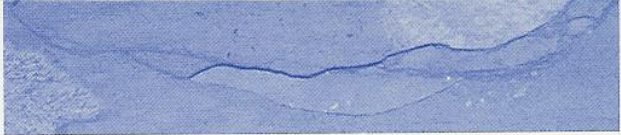
1. **l'importance du travail intellectuel** : Il convient de prendre le temps pour le premier entretien, pour l'évaluation régulière et pour le suivi médical. Ces consultations se déroulent lors de chaque intervention médicale. La durée et la spécialisation de ces consultations doivent être revalorisées.
2. le **travail multidisciplinaire** : Les diverses disciplines sont représentées au sein des centres de la douleur. Une équipe de médecins de différentes formations, en collaboration avec des infirmie(r)e(s) spécialisé(e)s et des psychologues, élabore le plan thérapeutique.
3. le **travail orienté sur des objectifs** : Outre l'établissement d'un plan thérapeutique, nous plaçons également pour la détermination d'un objectif thérapeutique par patient.

4. la **fonction algologique** : Chaque hôpital devrait souscrire à une approche axée sur la prévention et le traitement de la douleur. Cette fonction peut être assurée par un médecin spécialiste disposant d'une formation complémentaire en algologie, qui peut toutefois agir seul (c'est-à-dire sans les obligations propres au centre d'algologie). Cette activité implique une "fonction algologique" au sein de chaque hôpital.

Ses responsabilités sont quadruples :

- une fonction d'avis en matière de prévention et de traitement de la douleur ;
- une consultation d'algologie sans intervention ;
- une fonction de renvoi vers le centre d'algologie ;
- un point d'accès pour le centre d'algologie dans le cadre de l'établissement d'un programme algologique et d'une continuité des soins.

*"Ma tête est une plaie ...
Je souffre horriblement.
Mon Dieu ! Les médecins !
Les médecins !
Si l'on m'ouvrait la tête,
je souffrirais moins !
Mes filles, mes filles !
Oh ! Les voir ...
Ah, mon Dieu, j'espère,
je souffre trop !
Coupez-moi la tête,
laissez-moi seulement le coeur"
(H. de Balzac)*



L'algologue est un **médecin spécialiste qui possède une formation complémentaire en algologie**. Les missions qui lui sont dévolues sont notamment les suivantes : l'évaluation, le traitement et le suivi médical du patient douloureux, " l'éducation à la douleur " des collègues et des paramédicaux, ainsi que l'administration de conseils en matière de prévention de la douleur. L'algologue exerce son activité au sein de la structure d'un centre agréé, ou en qualité de responsable au sein de l'institution. A cette fin, il doit pouvoir disposer d'une nomenclature adéquate à laquelle il ou elle pourra recourir.

La BPS proposerait une formation complémentaire de deux années, en ce compris les stages effectués dans des centres agréés. Ce cours pourrait débiter durant la dernière année de formation de la spécialité.

Le médecin procédant à la prise en charge de la douleur = l'algologue

La **formation** en elle-même devrait répondre aux critères de l'IASP, adaptée à la situation en Belgique en concertation avec les universités et la BPS. L'agrément de cette formation devrait satisfaire aux exigences légales en la matière. Une commission d'agrément, qui, en comparaison avec les autres, devrait être composée paritairement de représentants des universités, des centres non universitaires et des pouvoirs publics, pourrait agréer un candidat.

En ce qui concerne l'agrément des centres et des médecins actifs à l'heure actuelle en qualité d'algologues, il serait proposé d'utiliser la "**construction d'antan**" telle qu'elle est pratiquée dans un certain nombre de pays limitrophes. A cette fin, une "commission de sages" pourrait formuler des recommandations à la commission en vue de l'agrément des médecins algologues déjà actifs et installés. La BPS se tient à nouveau à disposition pour remplir la fonction de "commission des sages".

L'algologue exercerait son activité **au moins à mi-temps** et en assumerait la responsabilité au sein de l'institution.

La motivation du médecin à exercer la fonction d'algologue devrait pouvoir se traduire par des **critères structurels, de formation et d'appréciation, ainsi que par des honoraires ad hoc**.

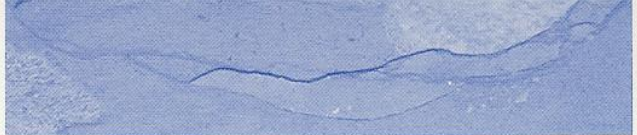
Nous ne plaidons dès lors **pas** pour l'introduction d'un "**numerus clausus**" du nombre d'algologues - au contraire. L'algologie est, en sa qualité de formation spécifique, ouverte à l'ensemble des spécialités médico-cliniques.

Il est indispensable de disposer en Belgique d'une **structure unique** pour tous les centres algologiques, qui soit identique pour les universités et pour les hôpitaux non universitaires. Tous les centres algologiques répondent aux mêmes critères structurels (site, structure de personnel, responsabilisation et financement), travaillent d'une manière similaire (multidisciplinaire) et sont axés sur la continuité des soins et sur la prévention de la douleur.

Le centre de la douleur = le centre **algologique**

Les critères d'agrément impliquent :

- **Un fonctionnement multidisciplinaire** : une collaboration entre médicaux et paramédicaux qui prennent en charge le fonctionnement quotidien du centre en concertation réciproque. Le médecin algologue endosse la responsabilité finale.
- **Du personnel** :
 - 2 ou 3 médecins : un médecin algologue agréé qui endosse la responsabilité du centre et, de préférence, un médecin de réadaptation
 - 1 psychologue disposant d'une formation en algologie, qui est responsable de l'évaluation psychosociale et de l'accompagnement du patient
 - 1 secrétaire : qui est chargé(e) de la coordination entre les divers médecins et de la gestion du dossier algologique.
 - 1 infirmière ou infirmier disposant d'une formation en algologie
- A l'occasion d'une **réunion d'équipe hebdomadaire**, les dossiers des patients sont passés en revue.
- **Une entité identifiable** :
 - site distinct (c'est-à-dire qu'il ne fait pas partie du service de consultation polyclinique) : espace de consultation, local distinct destiné aux prestations techniques, salle de réunion, accueil
 - possibilité de disposer dans le même établissement d'un bloc opératoire, d'un hôpital de jour et de lits d'hospitalisation
- **Une responsabilisation du médecin** : établissement de critères mesurables pour évaluer les prestations du médecin et du centre d'algologie.
- **Un "dossier algologique" individuel** : indépendant du dossier médical central, qui contienne une sélection pertinente des éléments nécessaires au traitement de la douleur, ainsi que les antécédents souvent importants du patient présentant un problème algologique.
- **Un réseau de collaboration**, dans et en dehors du centre, ainsi qu'entre les centres réciproquement et avec les médecins traitants.
- **Une continuité des soins** : le suivi et la surveillance médicale du patient après un traitement doivent être garantis en collaboration avec le médecin traitant.
- **Une évaluation des soins médicaux** en collaboration avec l'I.N.A.M.I. : sur une base quantitative et sur une base qualitative.



Afin d'atteindre la continuité des soins dans l'approche des patients douloureux, nous proposons d'**inscrire au sein de chaque hôpital une fonction algologique**. Au niveau de la gestion hospitalière, une "commission de lutte contre la douleur" regroupant médecin, infirmier(e) et direction, aidera l'algologue dans sa tâche. Cette fonction, par analogie à la fonction de premier accueil des urgences, se positionnera entre le patient et les centres spécialisés et aura les responsabilités suivantes :

La fonction algologique

- la consultation (avec une nomenclature afférente à cette prestation) ;
- l'établissement d'un programme de lutte contre la douleur aiguë au sein du service d'anesthésie, en concertation avec le médecin algologue ;
- l'établissement du rapport sur la situation en matière de traitement de la douleur à destination de la "commission de lutte contre la douleur" ;
- le renvoi du patient vers un centre d'algologie avec lequel des conventions en ce sens ont été conclues, afin de réaliser dans ce centre un certain nombre de prestations en concertation avec l'algologue responsable. Le centre d'algologie peut à son tour adresser le patient vers un autre centre du réseau qui dispose d'un savoir-faire spécialisé.

Nombre de centres algologiques ?

Etant donné qu'à l'heure actuelle nous ne disposons pas de données épidémiologiques détaillées pour la Belgique, il est impossible de fournir un nombre exact de centres. Il est raisonnable d'envisager un petit nombre de centres dans chaque province, sans carcan limitatif puisque de nouveaux centres peuvent se développer à partir de la fonction algologique au sein d'un hôpital. Après une phase de démarrage et de rodage, ils pourront adresser aux pouvoirs publics, par le biais des canaux légaux, une demande d'agrément en qualité de centre d'algologie.

Les normes qualitatives et les exigences doivent être telles qu'un centre ne puisse débiter ses activités que s'il est animé par des experts et qu'il répond à une demande.

"Il n'y a plus rien en moi que le souffrir." (A. Daudet)

L'algologie nécessite un **triple financement** :

- le financement fixe pour le développement du centre (personnel d'encadrement et infrastructure), lié à :
- un remboursement des prestations pour le médecin algologue, sur la base d'une nomenclature réaliste qui laisse également de la place aux prestations intellectuelles ;
- une cotisation de solidarité qui garantit le traitement de la douleur aiguë (postopératoire) pour tout le monde.

Le financement

- **Le financement fixe par centre** peut être budgétisé à **13,5 millions BEF par an par centre** pour un effectif occupé à temps plein :
 - Locaux : 2 millions BEF par an ;
 - Personnel (soignant, secrétariat, psychologue) : 8,5 millions BEF par an ;
 - Petit matériel (ordinateurs, fournitures de bureau, archives, etc.) : 1 million BEF par an ;
 - 2 millions BEF par an pour le fonctionnement (appareillages qui fournissent des prestations techniques, d'autres moyens ou du personnel pour les centres de révalidation).
- **Le remboursement des prestations** : c'est une reconnaissance des prestations intellectuelles qui est la plus importante. La consultation du psychiatre peut par exemple s'appliquer, à titre comparatif, à la "**première consultation algologique**" : **remboursement de 1.740 BEF**. Un certain nombre de prestations ne disposent à l'heure actuelle d'aucun numéro de nomenclature ; tel est par exemple le cas de la première consultation, de la consultation de suivi, et des prestations techniques (placement du cathéter épidural permanent et du cathéter intrathécal permanent, remplissage d'un réservoir d'administration des médicaments dans une pompe, etc.). Pour un certain nombre d'autres prestations bénéficiant de la nomenclature actuelle (certaines techniques algologiques ou de réadaptation), il y aurait lieu de revoir le remboursement.
- **La cotisation de solidarité** : en ce qui concerne le traitement de la douleur (aiguë) postopératoire, il a été calculé un montant total de 100 BEF par jour et par lit d'hôpital, montant comparable à la cotisation de solidarité telle qu'appliquée dans les soins antibiotiques préventifs.



La BPS met sur la table une proposition claire pour les aspects suivants :

- le patient douloureux, dans ses multiples aspects ;
- l'algologie : la prise en charge de ces patients et les critères relatifs à cette prise en charge ;
- l'algologue : le médecin spécialiste disposant d'une formation complémentaire en algologie ;
- le centre algologique : les critères auxquels un centre doit satisfaire pour être agréé ;
- le financement : les principes de base généraux.

En résumé

La BPS souhaite être associée aux débats avec les pouvoirs publics compétents (Ministère des Affaires sociales, Ministère de la Santé Publique et I.N.A.M.I), afin de faire inscrire à la fois la structure et le financement des centres algologiques agréés dans les budgets.

Le patient est en définitive le premier bénéficiaire de la mise en œuvre d'une approche structurée. A plus long terme, et s'ils le souhaitent, les pouvoirs publics pourraient également en tirer profit.

Il est essentiel que les pouvoirs publics de ce pays prennent conscience que, moyennant un investissement supplémentaire modéré dans les centres de la douleur, la prise en charge de la douleur aiguë et chronique peut être améliorée. En outre, l'évaluation des centres de la douleur sur base quantitative et qualitative devrait permettre de s'attaquer au problème de la douleur d'une manière " rentable ", et dans un stade ultérieur, d'économiser des sommes importantes dans le secteur de la santé publique.

“Rien ne commence et rien ne finit, qui n'est payé par des gémissements ; Car nous sommes nés de la douleur d'autrui et nous périrons dans la nôtre.”
(Francis Thompson 1859-1907)

Madame du Caprice de la douleur

*Quand cesseras-tu de me tourmenter
dès le tout petit matin ?
Tu es une amie capricieuse,
une mante tentaculaire.
Tu m'aimes trop, tu m'étouffes.
Omniprésente, tu me rappelles
sans cesse
qu'un jour mauvais tu t'es installée
dans ma vie
et depuis, j'ai mal.*

*J'en ai marre de cette sollicitude
imbécile
qui me laisse souvent épuisé.
Comme je voudrais te quitter,
te chasser de mon existence !
Je voudrais t'oublier, t'ignorer,
t'écraser, te détruire !*

*Mais tu es là et je suis las.
Faisons une trêve ;
laisse-moi souffler,
reprendre des forces.
Je veux te combattre loyalement,
te montrer de quoi je suis capable.
Accorde-moi un jour, une semaine,
reprends ta liberté.*

*Un matin, il se réveilla.
Il se sentit mieux, moins oppressé.
La dame s'était endormie.
Il se prit à espérer des jours sereins,
plus ensoleillés.
Il avait fait un pas dans sa tête.
Un petit pas vers le bonheur.
(Patrick Chollot, patient)*

**Secrétariat de
la Belgian Pain Society
Place Carnoy 11 /B110
1200 Bruxelles
tél./fax: 02/764 38 05**

Nous remercions les membres de la Belgian Pain Society pour leur collaboration lors de la mise en œuvre de ce consensus sur le traitement de la douleur.
Nous remercions également les sponsors de la Belgian Pain Society, qui, grâce à leur contribution, ont permis ce consensus et sa mise en application.