



LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR
EN FRANCE

Patient 21, France, 51-55 ans¹

Une priorité
de santé publique

SOMMAIRE

Présentation et synthèse du document	3
Éditorial	5
La douleur: de quoi parle-t-on ?.....	6
Chiffres clés	7
La douleur chronique, une épreuve personnelle et un fardeau sociétal	8
L'engagement des pouvoirs publics pour la prise en charge de la douleur, un défi qui peine aujourd'hui à demeurer une priorité de santé	10
Propositions visant à porter un engagement commun dans la prise en charge de la douleur	14
Bibliographie	21

PRÉSENTATION ET SYNTHÈSE DU DOCUMENT

Cet ouvrage a pour ambition de porter une réflexion globale et synthétique sur la douleur en France.

Il répond à plusieurs objectifs :

1 Replacer la lutte contre la douleur dans son contexte historique

Ces 15 dernières années ont été marquées par d'importantes avancées dans la lutte contre la douleur. La loi du 4 mars 2002 consacrait le soulagement de la douleur comme « droit fondamental de toute personne », et celle de 2004 érigeait la lutte contre la douleur en priorité de santé publique. Dans ce même mouvement, 3 plans nationaux ont permis d'améliorer considérablement la prise en charge des patients douloureux. Pourtant, de nombreux défis restent encore à relever.

2 Présenter la douleur et ses enjeux médicaux, sanitaires et sociaux

La douleur chronique est un véritable phénomène de société. Un Français sur trois souffre de douleurs chroniques. Cela représente, pour des millions de personnes, une dégradation considérable de la qualité de vie au quotidien. Le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques sont autant de tendances qui appellent à l'amplification, dans les années à venir, des problématiques relatives à la prise en charge de la douleur.

3 Rappeler que la lutte contre la douleur représente un coût économique

La douleur coûte cher à la société. Arrêts de travail, hospitalisations, errance thérapeutique des patients douloureux chroniques font de la douleur un coût financier considérable pour la collectivité. La prévention des douleurs chroniques et la prise en charge précoce seraient d'importantes sources d'économies pour l'Assurance Maladie.

4 Penser la lutte contre la douleur au plan politique

Alors qu'une importante Loi de Santé s'apprête à être discutée et votée, les acteurs engagés dans la lutte contre la douleur appellent à la mobilisation des pouvoirs publics pour redonner un nouveau souffle à la prise en charge des patients douloureux. Appelée à préfigurer l'organisation des soins de demain, la Loi de Santé est une occasion majeure de renforcer la prévention des douleurs chroniques, de structurer les parcours de soins des patients douloureux, et de consolider la formation des professionnels de santé aux enjeux de la douleur.

5 Proposer à la lutte contre la douleur une perspective d'avenir

Pour s'inscrire dans une dynamique d'avenir, la lutte contre la douleur doit relever plusieurs défis : éviter le risque de chronicisation des douleurs aiguës, sensibiliser les professionnels de santé au dépistage des douleurs post-opératoires, renforcer le rôle des acteurs de premier recours dans le parcours de soins des patients douloureux, améliorer le dépistage de la douleur chez les personnes atteintes de maladies mentales et d'autisme, placer les patients au cœur des dispositifs d'évaluation de nouvelles thérapies ; consolider la formation des professionnels à la médecine de la douleur... autant de propositions développées dans ce livre blanc.



Patient 18, Pologne, 61-65 ans¹

“ Epreuve personnelle pour les patients,
la lutte contre la douleur est aussi
une grande cause collective qui mérite d’être défendue. ”

ÉDITORIAL

Ambition éthique et humaniste, lutter contre la douleur constitue l'essence même de la médecine et du soin.

Un récent sondage² montre que plus de 20 millions de Français vivent avec une douleur chronique. Face à l'ampleur du phénomène, sa prise en charge est une préoccupation médicale, sociale, philosophique, un enjeu de société majeur. Indicateur de la qualité d'un système de santé, la lutte contre la douleur est un défi que doit relever notre modèle français de protection et de soins.



Epreuve personnelle pour les patients, la lutte contre la douleur est aussi une grande cause collective qui mérite d'être défendue. Elle doit sans cesse être approfondie et modernisée, à l'aune des enjeux d'aujourd'hui, qui touchent aussi bien au vieillissement de la population, à la progression de la prévalence des pathologies chroniques et de la dépendance, à l'amélioration des connaissances médicales, aux réflexions éthiques concernant la fin de vie, ou à la lutte contre le détournement des opioïdes.

Alors que la **loi du 4 mars 2002**³ consacrait le soulagement de la douleur comme « droit fondamental de toute personne », l'histoire de la prise en charge des patients douloureux, en France, ne faisait que commencer. Depuis plus de 10 ans, beaucoup d'énergie a été investie. Devenue **priorité de santé publique en 2004**, la prise en charge de la douleur s'est progressivement structurée, elle a gagné en professionnalisme et en cohérence, notamment grâce à la mise en place de **3 plans nationaux, de 1998 à 2010**. L'engagement des gouvernements, toutes sensibilités confondues, a été déterminant, permettant d'importantes avancées dans la lutte contre ce fléau.

La **Loi de Santé, prochainement programmée, doit être l'occasion de renouveler une grande ambition partagée dans la lutte contre la douleur.** Elle doit être un nouvel acte fondateur. La mobilisation de tous les acteurs du secteur, associations de patients, professionnels de santé, experts, et laboratoires pharmaceutiques, dans le cadre d'une démarche de sensibilisation des pouvoirs publics est une opportunité pour replacer le patient douloureux au cœur des priorités de santé publique.

Ces efforts doivent être poursuivis et renforcés pour recueillir sur le long terme les fruits des engagements de tous. Car le chemin du progrès est confronté à nombre d'épreuves et de défis. Au cours de ces dernières années, l'appauvrissement de l'offre thérapeutique limitant les capacités d'action des cliniciens en est un témoignage.

Parmi les défis à surmonter, figurent le dépistage et l'évaluation de la douleur, ainsi que la place du patient au centre d'un parcours de santé coordonné associant, au-delà des murs de l'hôpital, les professionnels de santé de proximité. **Un parcours de santé qui n'aurait pas vocation à prendre en charge la douleur du patient serait nécessairement incomplet.**

Il en va de l'intérêt des patients et de leurs proches, qui portent l'espoir de voir se poursuivre l'histoire de la prise en charge de la douleur en France. Histoire, que nous vous invitons à découvrir, et à écrire ensemble.

LA DOULEUR, DE QUOI PARLE-T-ON ?

L'Association Internationale d'Étude de la Douleur (International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme :

- « Une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes. »
- « Il n'y a pas une douleur, mais des douleurs, et la façon dont un homme ressent la douleur physique, indépendamment de sa durée, relève de sa perception et de sa sensibilité au moment où elle survient. Elle est auréolée d'une tonalité affective qui dépend de l'état psychique dans lequel il se trouve et qui va jouer un rôle considérable pour la rendre plus ou moins supportable⁴. »

Une douleur peut être aiguë ou chronique.⁵ Dans sa forme chronique, elle est plus qu'un symptôme, elle est une véritable maladie.

	LA DOULEUR AIGUË	LA DOULEUR CHRONIQUE
DURÉE	◀ 3 mois	▶ 3 mois
ÉTIOLOGIE	Signal d'alarme : symptôme d'une lésion sous-jacente	Douleur-maladie : - évolutive (avant tout maligne) - séquellaire, peu (ou pas) évolutive, non maligne : lésion post-traumatique, lombalgie, lésion nerveuse...
FINALITÉ	Utile Protectrice pour l'organisme	Perte de l'utilité physiologique Destructrice pour l'individu

Chiffres clés

92%

des Français ont souffert d'une douleur de courte ou longue durée dans l'année².

5,7 ans

la durée moyenne de la douleur des patients douloureux chroniques français⁶.

28%

des patients douloureux chroniques estiment que la douleur est parfois tellement forte qu'ils ressentent l'envie de mourir⁷.

40%

des patients douloureux chroniques ont subi une répercussion directe au travail : perte, changement de responsabilités et d'activité⁶.

14

consultations médicales par an sont en moyenne réalisées par une personne atteinte de douleur chronique⁷

50%

des patients qui sont accueillis aux urgences avec des douleurs sévères, et dont l'état justifierait la prise d'un antalgique puissant, ne reçoivent pas de traitement contre la douleur¹

75%

des patients atteints d'un cancer à un stade avancé présentent une douleur modérée à sévère⁸

LA DOULEUR CHRONIQUE, UNE ÉPREUVE PERSONNELLE ET UN FARDEAU SOCIÉTAL

La douleur chronique entraîne une quantité de conséquences délétères qui impactent à la fois la personne, son entourage et la société. Elle demeure trop souvent incomprise ou négligée, alors qu'elle pèse lourdement sur la qualité de vie des patients : vie professionnelle, emploi, anxiété, dépression, isolement...

- **La douleur, un mal quotidien qui affecte les Français.**

Une enquête réalisée en 2014² révèle que 92 % des Français interrogés ont souffert d'une douleur de courte durée ou persistante au cours des 12 derniers mois, et parmi eux, 52 % souffraient encore au moment de l'enquête. Ces chiffres témoignent que la douleur fait partie du quotidien des Français, avec en tête, le mal de dos (67 %) et le mal de tête (62 %).

Une large étude⁹ menée en 2008 par questionnaire auprès de 30 000 adultes indique que **30 % de la population générale souffre de douleurs chroniques**, dont 20 % de douleurs importantes (d'un niveau supérieur à 4), justifiant une prise en charge médicale.

- **La douleur, une affection dont la prévalence augmente avec le vieillissement de la population.**

Avec l'âge, la prévalence des douleurs chroniques augmente, touchant 50 % des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile, 49 à 83 % de celles vivant en institution, et 80 % des personnes âgées en fin de vie⁹. L'espérance de vie s'allongeant, il est estimé que l'arthrose et les douleurs neuropathiques affecteront sans cesse plus de personnes. Les répercussions de la douleur chez les personnes âgées peuvent être dramatiques : accélération de la perte d'autonomie, aggravation des handicaps, repli sur soi, anxiété, dépression, dénutrition, troubles du sommeil, etc.

- **La douleur chronique : une pathologie à part entière, un facteur handicapant.**

En 2006, l'étude « Pain in Europe Survey »¹ montre que la douleur chronique est source de handicap et d'altération majeure de la qualité de vie : 2 patients sur 3 sont directement handicapés par la douleur dans leurs activités physiques, leur sommeil, et dans leurs activités hors du domicile.

1 patient douloureux sur 2 se sent fatigué en permanence et ne peut vivre normalement, éprouvant des difficultés à développer ou à maintenir une vie sociale normale.

Plus récemment, l'enquête « PainSTORY »⁷, réalisée en 2009, a confirmé l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie des patients. Les répercussions émotionnelles de la douleur sont aussi préjudiciables que les répercussions physiques : 44 % des patients déclarent se sentir seuls dans leur combat contre la douleur et 2 patients sur 3 se sentent anxieux ou déprimés en raison d'une douleur chronique.



- **La douleur des patients atteints de cancer: une «double peine».**

Même si la prise en charge curative des cancers est en constante amélioration, les douleurs associées, pendant et après le cancer, restent fréquentes et souvent intenses : **30 à 45 % des patients aux stades précoces du cancer présentent une douleur modérée à sévère, jusqu'à 75 % aux stades avancés**⁸. En ce sens, le 3^e Plan cancer prévoit de renforcer la formation des oncologues, et notamment leurs compétences transversales relatives à la prise en charge de la douleur.

- **La douleur chronique, un coût économique pour la société.**

D'après l'étude « ECONEP »¹⁰, le coût moyen par patient et par an de la prise en charge de la douleur coïncide avec :

- Les hospitalisations (en moyenne 7 000€ en hôpital privé et 14 500€ en hôpital public) ;
- Les traitements médicamenteux (en moyenne 580€) ;
- Les traitements non médicamenteux (3 630€ en hôpital privé, 5 150€ en hôpital public) ;
- Les examens complémentaires (950€) ;

Selon cette enquête, **les arrêts de travail sont 5 fois plus fréquents que dans la population générale** et 45 % des patients sont concernés par des arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois/an. Les patients souffrant d'une douleur chronique sévère sont plus fréquemment hospitalisés. La personne atteinte de douleur chronique a recours chaque année à environ 10 consultations auprès du médecin généraliste et 4 chez le spécialiste. La douleur chronique induit une consommation importante de soins, d'absentéisme au travail, et d'arrêts de travail aboutissant à l'invalidité.

L'ENGAGEMENT DES POUVOIRS PUBLICS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR, UN DÉFI QUI PEINE AUJOURD'HUI À DEMEURER UNE PRIORITÉ DE SANTÉ

Longtemps, la douleur a été vécue et considérée comme une fatalité. Depuis seulement une quinzaine d'années, plusieurs textes réglementaires et des politiques publiques ont reconnu le soulagement de la douleur comme un droit fondamental du patient, et tenté de faire évoluer les pratiques vers une véritable culture de prise en charge de la douleur. Pourtant, depuis 2010, les initiatives se sont raréfiées, laissant planer un doute sur la volonté des pouvoirs publics à poursuivre les efforts précédemment engagés, ou même simplement à consolider l'existant.

1 LA PRISE EN COMPTE DE LA DOULEUR COMME ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE : UNE HISTOIRE SANITAIRE ET SOCIALE

- **Retour sur les fondements de la prise en charge de la douleur.**

- **Les années 90 ont marqué le début de la prise de conscience politique et médicale** de la nécessité d'organiser en France la prise en charge de la douleur, confortée par des études mesurant l'inadéquation existant entre les besoins et les réponses apportées.

- **En 1998, un premier plan d'actions contre la douleur est initié.** Pour la première fois, les autorités reconnaissent que la douleur ne peut être une fatalité, et qu'elle doit s'inscrire au centre des préoccupations de tout professionnel de santé. Ce premier plan national a pour objectif de mettre en place des structures pluridisciplinaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique, et de former les professionnels de santé.

- **La Loi de Santé publique du 4 mars 2002** relative aux droits des malades reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental du patient. Ce droit est reconnu dans le code de la santé publique qui dispose dans son article L1110-5, alinéa 4 que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »



- **La structuration d'une politique publique d'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique.**

- **Le 2^e Plan douleur (2002-2005)** a permis notamment de faire progresser les pratiques concernant la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, les lombalgies, les céphalées chroniques et les migraines, les douleurs cancéreuses, la douleur de l'enfant, et la souffrance en fin de vie.

- **La Loi de Santé publique du 9 août 2004** a inscrit la lutte contre la douleur dans ses 100 objectifs de santé publique. Pour la première fois, la responsabilité de l'État dans la prise en charge de la douleur est reconnue.

- **La Loi LEONETTI d'avril 2005** autorise l'utilisation de médicaments permettant de limiter la souffrance des patients en fin de vie même s'il existe un risque d'abrégé leur existence.

- **Le 3^e Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010)** a eu pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes les plus vulnérables, le renforcement de la formation des professionnels de santé, la meilleure utilisation des traitements (médicamenteux ou non) et la structuration de la filière de soins.

- **En 2011, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a été saisi par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en vue d'évaluer ce 3^e Plan.** Certains points d'amélioration sont alors pointés : le relatif isolement de la médecine libérale, les conditions de rémunération imposées par l'Assurance Maladie aux professionnels médicaux et non médicaux, entre autres. Le HCSP recommande la mise en place d'un 4^e Plan quadriennal dans lequel doivent être priorités : la formation initiale des professionnels de santé, le développement professionnel continu, ainsi que la sensibilisation et l'information des citoyens.

Actuellement, on dénombre 252 structures hospitalières de prise en charge de la douleur (154 consultations et 98 centres). Chaque année, les structures spécialisées prennent en charge environ 300 000 patients, ce qui est très peu par rapport à l'ensemble des sujets douloureux chroniques.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), plus de la moitié des patients adressés à une structure spécialisée souffrent de douleurs chroniques depuis au moins deux ans. Or, plus la prise en charge est tardive, plus le traitement risque d'être difficile, et les douleurs de se pérenniser.

Le maintien et la consolidation de cette filière de prise en charge de la douleur, en nombre de centres, en ressources financières, en personnel, doit rester une priorité de santé publique majeure.



2 LES INQUIÉTUDES CONCERNANT LE MAINTIEN D'UNE VÉRITABLE AMBITION DES POUVOIRS PUBLICS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

• La mise en œuvre d'un nouveau plan d'actions en question

Après 3 Plans nationaux, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a annoncé en 2012 la mise en place d'un « programme national d'actions » contre la douleur, plutôt qu'un 4^e Plan National Douleur. Ce document semble bel et bien avoir été enterré. Les mesures de ce programme d'actions devaient être annoncées en mars 2012, avant d'être finalement reportées au deuxième trimestre 2013. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a soumis un projet préliminaire, accueilli défavorablement par l'ensemble des professionnels et la Conférence Nationale de Santé, invitant à revoir ensemble les actions prioritaires à mener¹¹.

• Une réforme du 3^e cycle des études médicales qui néglige la médecine de la douleur

Dans le cadre de la restructuration du troisième cycle des études médicales, certaines menaces pèsent sur la formation à la médecine de la douleur, avec notamment la disparition du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) « médecine de la douleur et médecine palliative ». A court et moyen termes, cela risque d'impacter gravement sur les moyens humains, financiers et organisationnels des structures douleurs.

• De fortes attentes autour de la prochaine Loi de Santé.

La future Loi de Santé porte l'ambition de donner les orientations stratégiques et des objectifs de santé publique pour les années à venir. Elle est l'occasion d'apporter de multiples transformations sectorielles, qui intéressent au quotidien patients et des professionnels de santé.

Pourtant, le projet de Loi de Santé ne mentionne pas une fois la prise en charge de la douleur. Cette thématique ne serait-elle plus au cœur des préoccupations des pouvoirs publics ?

Les acteurs de santé s'interrogent : comment la prise en charge de la douleur peut-elle trouver sa juste place dans le cadre d'un texte visant à fixer les principales ambitions des pouvoirs publics en matière de santé ?

Alors que la Loi de Santé se fixe pour objectif la mise en place de parcours de santé coordonnés, patients et professionnels rappelant avec force qu'un parcours de soins n'aboutissant pas sur la prise en charge de la douleur est nécessairement insuffisant et inaccompli.



Le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD) menacé

Créé en 2003, le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD) est issu d'une recommandation du 2^e Plan National Douleur. Il a pour but d'aider les professionnels de santé à lutter contre la Douleur Provoquée par les Soins (DPS). Le CNRD propose des ressources documentaires, une aide logistique et méthodologique concrète auprès des « équipes douleur » en matière d'enquêtes, une participation à la formation des professionnels, des études épidémiologiques, etc.

Ce centre, qui fonctionne sur la base d'un budget de 420 000€ issu d'une Mission d'Intérêt Général fournie à l'AP-HP, a récemment été menacé d'un arrêt de son financement. Menaces qui, pour le moment, ne seront pas suivies d'effets.

À l'instar de la lutte contre les infections nosocomiales, la lutte contre la douleur provoquée par les soins nécessite un engagement continu auprès des soignants et de leur encadrement, car ces bonnes pratiques sont instables et doivent être pérennisées.

PROPOSITIONS VISANT À PORTER UN ENGAGEMENT COMMUN DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

1 PRÉVENIR LES COMPLICATIONS DE LA DOULEUR CHRONIQUE

- **Contexte :**

La chronicisation d'une douleur fait basculer la personne souffrante et les professionnels de santé dans une situation médicale et sociale complexe à prendre en charge, humainement pénible pour le patient, économiquement coûteuse pour la société, notamment au plan professionnel et auprès des populations les plus fragiles.

- **La structuration d'une politique publique d'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique.**

– **Les années 90 ont marqué le début de la prise de conscience politique et médicale** de la nécessité d'organiser en France la prise en charge de la douleur, confortée par des études mesurant l'inadéquation existant entre les besoins et les réponses apportées.

Quelques données chiffrées...

Les lombalgies sont à l'origine de 2 millions de consultations par an en France. L'incidence des lombalgies concerne 28 millions d'assurés sociaux. L'évolution vers la chronicité s'observe chez 7 à 10 % des patients, ce qui coïncide avec 75 à 80 % du coût total de la prise en charge de cette pathologie¹².

Les lombalgies tendent à se chroniciser sur le lieu de travail. Selon l'enquête « Summer » de 2003¹³, 2 salariés sur 10 travaillent près de 2 heures par semaine dans des postures pénibles, 5 salariés sur 10 subissent au moins une contrainte posturale ou articulaire lourde chaque jour. Le coût de la douleur au travail est important, à la fois pour l'individu qui risque une période d'inactivité, pour l'entreprise qui doit gérer l'absentéisme, ainsi que pour la société qui doit assumer un surcoût assurantiel conséquent.



- **Propositions :**

- **Sensibiliser les professionnels de santé aux facteurs de risque de chronicisation de certaines pathologies comme la lombalgie.**

Un dépistage plus précoce des facteurs de chronicisation doit permettre une meilleure efficacité des parcours de santé, avec non seulement une réduction des coûts directs et indirectes mais également une amélioration de la qualité de vie des patients.

- **Renforcer la prévention des douleurs chroniques liées à l'activité professionnelle.**

Au sein de chaque entreprise, un plan de prévention pluriannuel pourrait être développé, assorti d'indicateurs chiffrés permettant un suivi de l'impact des mesures de prévention.

Pour aller plus loin...

Cette démarche doit impliquer le service de santé au travail. Le modèle de « fiche entreprise » distribuée aux médecins du travail dès la fin des années 1980, permettrait d'attribuer une place spécifique à la prévention des douleurs musculaires, en incitant à la rédaction de recommandations précises permettant de prévenir les lombalgies ou les troubles musculo-squelettiques. Enfin, le 4^e Plan relatif à la santé au travail pourrait mettre en lumière l'épidémiologie des douleurs chroniques d'origine professionnelle, ainsi qu'un panel d'initiatives visant à les prévenir.

2 SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU DÉPISTAGE DES DOULEURS CHRONIQUES POST-CHIRURGICALES ET À LEUR PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE PUBLIQUE : UNE HISTOIRE SANITAIRE ET SOCIALE

• Contexte :

La Douleur Chronique Post Chirurgicale (DCPC) se caractérise par la persistance d'une douleur

au niveau de la zone opérée, plus de deux mois après la chirurgie.

Quelques données chiffrées...

Parmi les 6 millions de patients opérés chaque année en France, 5 à 30 % développeront une Douleur Chronique Post Chirurgicale (DCPC), alors que la chirurgie est considérée comme un succès médical par le chirurgien¹⁴. En France, les DCPC constituent près de 20 % des motifs de consultation des Centres d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (soit la 2^e cause de consultation au sein de ces centres)¹⁵. Souvent d'origine dite neuropathique (faisant suite à une lésion des nerfs), ces douleurs sont mal connues des chirurgiens, ce qui conduit à une errance diagnostique pouvant durer plusieurs mois voire plusieurs années. La gestion de la DCPC en ambulatoire est un des défis d'aujourd'hui, dont la résolution doit reposer sur une meilleure connaissance par tous les médecins de l'évaluation et de la prise en charge de toute douleur post chirurgicale et du partage d'informations entre équipes hospitalières et médecine de premier recours.

• Propositions :

Sensibiliser les professionnels de santé aux douleurs chroniques post-opératoires, afin qu'ils soient en mesure de détecter les patients susceptibles de les développer, et de les accompagner après leur retour à domicile.

Une meilleure identification de ce type de douleurs permettra de proposer une prise en charge précoce, permettant de prévenir les complications de santé, de réduire le nombre de consultations médicales, d'éviter des examens complémentaires inutiles et de réduire le risque de ré-hospitalisation.

Pour aller plus loin...

En ambulatoire, il est possible d'offrir la même qualité d'analgésie et de confort à des patients qu'en structures de soins, dès le 3^e jour post-opératoire. L'information et la formation des acteurs de 1^{er} recours que sont les médecins traitant sont ainsi un prérequis nécessaire. Les infirmières et les kinésithérapeutes libéraux doivent être invités à suivre cette formation, organisée de façon multi-professionnelle, afin de gérer au mieux la douleur et d'en assurer le suivi au long cours.

3 RENFORCER LA COORDINATION DES ACTEURS DE PREMIER RECOURS (MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET PHARMACIEN) AVEC LES MÉDECINS SPÉCIALISTES DE LA DOULEUR

• Contexte :

Le patient douloureux est un patient en situation complexe qui évolue le plus souvent au sein du système de santé d'une façon non coordonnée.

L'errance diagnostique et/ou thérapeutique chez les patients douloureux chroniques est ainsi très fréquente.

Pour en savoir plus...

Le manque de coordination entre les différents professionnels de santé, hospitaliers ou de ville, le recours fréquent à des méthodes alternatives dont certaines délétères et non encadrées, sont une problématique majeure dans la prise en charge de la douleur chronique, par ailleurs encore trop ancrée autour d'une équipe hospitalière. Ainsi, les acteurs de soins primaires devront être intégrés à l'approche territoriale coordonnée en matière de prise en charge de la douleur. Forcément pluri-professionnelle et coordonnée par le médecin traitant autour du patient, elle nécessite le partage d'informations entre acteurs, parmi lesquels les spécialistes libéraux, les praticiens hospitaliers, les médecins du travail, les médecins des CPAM, voire des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), ou encore les pharmaciens.

• Propositions :

Engager médecins et pharmaciens dans le suivi et la coordination des parcours de soins des patients

douloureux, au travers des dispositifs de rémunération sur objectifs de santé publique.

Pour aller plus loin...

La convention médicale du 26 juillet 2011, régissant les relations entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale, a introduit un nouveau mode de rémunération pour les médecins libéraux, conditionné par l'atteinte d'objectifs de santé publique. La coordination du parcours de santé des patients douloureux, du fait de sa complexité et du temps qu'elle nécessite, pourrait figurer comme l'un des indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique des médecins généralistes. Le médecin généraliste coordonnateur du patient douloureux chronique aura en charge son évaluation et son traitement et, pour les formes sévères, aura un rôle de référent vers les structures douleur de proximité comme déjà décrit dans les recommandations de la HAS de 2008 « douleurs chroniques : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient »¹⁶.

Pour aller plus loin...

Dans le cadre des nouvelles missions rémunérées prévues par la convention nationale signée en 2012, un premier avenant avait permis dès l'été 2013, l'accompagnement par les pharmaciens des patients sous AVK. Un an plus tard, un nouvel avenant a été conclu concernant cette fois le suivi de patients asthmatiques. Dans cette même dynamique, le rôle du pharmacien doit être renforcé au travers de la mise en place d'entretiens pharmaceutiques dont bénéficieraient les patients traités par antalgiques au long cours.

4 RENFORCER LE DÉPISTAGE DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES MENTALES ET D'AUTISME

• Contexte :

La douleur en santé mentale a longtemps été négligée, voire ignorée du fait de croyances portant sur une prétendue insensibilité à la douleur des patients atteints de maladies psychiatriques. On sait aujourd'hui que les patients présentant une pathologie mentale sévère

ressentent la douleur, mais ne réagissent pas, ou ne l'expriment comme les autres patients. L'expression de la douleur est réalisée dans un langage ou avec un comportement qu'il faut savoir décoder.

Pour en savoir plus...

L'espérance de vie d'un patient schizophrène est diminuée de 20 ans par rapport à la population générale, cette surmortalité étant principalement due à des pathologies organiques non détectées et non traitées¹⁷, dont certains ont pour symptôme d'appel la douleur.

On sait également que de très nombreux troubles du comportement chez la personne autiste à type d'hétéroagressivité, automutilation, troubles du sommeil, troubles digestifs se révèlent être des phénomènes douloureux qui nécessitent un traitement spécifique et non un traitement neuroleptique.

• Propositions :

Développer, dans le cadre du prochain Plan Psychiatrie et santé mentale, des dispositifs visant à renforcer le dépistage de la douleur des personnes souffrant de pathologies mentales.

Dans le cadre du Plan autisme, un dispositif spécifique de dépistage de la douleur devrait également être mis en place.

Pour aller plus loin...

L'évaluation de la douleur fait partie intégrante de la prise en charge globale du patient en santé mentale. Le dépistage de la douleur chez les patients psychiatriques implique l'analyse de son étiologie, de ses mécanismes, de sa place dans l'histoire et la culture du patient, mais aussi de son impact sur sa qualité de vie, son comportement, sa vie relationnelle. Ainsi, une attention particulière doit-être portée dans le dépistage de la douleur de patients atteints de maladies mentales et des personnes autistes.



5 PLACER LES PATIENTS AU CŒUR DES DISPOSITIFS D'ÉVALUATION DES NOUVELLES THÉRAPIES

La douleur est une expérience subjective qui ne peut être évaluée que par le patient lui-même. Plus que dans toute autre situation pathologique, la prise en compte du ressenti du patient douloureux est primordial lorsqu'il s'agit de prise en charge. L'intensité de la douleur ne pouvant être exprimée que par les patients auprès des professionnels du soin, ils sont tout autant capables de donner un avis aux autorités de santé concernant les stratégies thérapeutiques nouvellement mises en place, en jugeant, en vie réelle, leurs bénéfices et inconvénients.

Associer plus étroitement les associations de patients à l'évaluation des nouvelles thérapies de prise en charge de la douleur.

L'évaluation de nouveaux médicaments doit se baser sur de nouvelles approches axées sur l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Pour aller plus loin...

L'évaluation des nouveaux médicaments devrait tenir compte du besoin thérapeutique, mais également de l'amélioration de la qualité de vie de ces patients engendrée par les nouvelles solutions thérapeutiques¹⁸. L'amélioration de la qualité de vie des patients douloureux devrait devenir un facteur clé de l'évaluation de la classe thérapeutique des antalgiques.

6 RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À LA MÉDECINE DE LA DOULEUR

• Contexte :

La restructuration du troisième cycle des études médicales est en cours d'élaboration, avec pour horizon la disparition des DESC. Dans le domaine de la

Médecine de la Douleur, des propositions concernent la disparition des DESC I, et notamment le DESC « médecine de la douleur et médecine palliative ».

Pour en savoir plus...

Le projet, actuellement discuté, serait la transformation du DESC « Médecine de la Douleur Médecine Palliative » en Formation Spécialisée Transversale (FST), notamment pour la partie « Médecine de la Douleur ». Pour le Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur, la mise en place d'une FST « douleur » constituerait une régression par rapport aux avancées pionnières de la France qui, depuis 29 ans, a vu se développer une formation spécifique sur la douleur

• Propositions :

Transformer le DESC « douleur soins palliatifs » en un authentique DES « Médecine de la Douleur », afin de reconnaître la médecine de la douleur pour ce qu'elle est devenue depuis

de nombreuses années : une spécialité médicale à part entière, pour remplir des missions de santé publique précises et indispensables.

Pour aller plus loin...

La mise en place d'une FST « douleur », qui serait une formation raccourcie par rapport à la situation actuelle, ne couvrirait en rien les besoins de formation sur la douleur, amputerait les autres formations spécifiques et aboutirait inéluctablement à une paupérisation et à une désertion progressive des médecins souhaitant se former à la douleur. Elle conduirait à terme à la fermeture pure et simple de nombreuses structures de prise en charge de la douleur. Cette formation transversale sans visibilité serait une véritable régression pour les patients, et pour l'enseignement et la recherche sur la douleur en France.

Développer la formation d'autres professionnels de santé (comme les infirmières) au dépistage, à l'évaluation et à l'éducation thérapeutique, afin de mieux prendre en charge les patients atteints de douleurs chroniques sur le terrain.

Soutenir le développement des recherches en douleur chronique pour les populations ciblées : sujets âgés, précaires, handicapés, etc.

BIBLIOGRAPHIE

- 1** PainSTORY (Pain Study Tracking Ongoing Responses for a Year). Septembre 2009.
- 2** Enquête CSA pour Sanofi sur « Les Français et la douleur » réalisée en septembre 2014 auprès de 2006 personnes âgées de 18 à 60 ans.
- 3** Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 4** Gaillard Martine, 2003. Les enjeux de la prise en charge de la douleur, les enjeux éthiques de l'accès aux soins dans ce domaine.
- 5** ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.
- 6** Boureau F, Bond S, Calvino, et al. Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs. Med-line Editions 2006.
- 7** H.Breivik et Al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. European Journal of pain 10 (2006) 287-333.
- 8** Cité sur le site de l'UNOF (unof.org). Référence: Guéant S,et al. Eur J Anaesthesiol, 2011.
- 9** Krakowski I, Theobald S, Collin E et al. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte.
- 10** Douleur et personne âgée – Etat des lieux en France. Dr JP AQUINO et G Ruault - 2010.
- 11** Lanteri –Minet M.ECONEP: évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Société française d'étude et de traitement de la douleur 6ème Congrès, Nantes 17 novembre 2006.
- 12** Conférence Nationale de Santé : Avis du 17.09.13 sur le projet de programme national douleur (2013-2017).
- 13** Institut UPSA de la Douleur / La douleur Lombaire (2001). Dr Jacques WROBEL, Coordinateur technique et responsable de la publication.
- 14** Enquête SUMER (2002-2003): lancée et gérée conjointement par la Direction des relations du travail (Inspection médicale du travail) et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares).
- 15** Douleur chronique post chirurgicale, Valéria Martinez, Skander Ben Ammar, Dominique Fletcher.
- 16** Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007/ Douleurs chroniques résiduelles postopératoires.
- 17** Recommandations de la HAS. « Douleurs chroniques : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient ». Décembre 2008.
- 18** Etats des lieux de la prise en charge de la douleur des patients souffrant de pathologie psychiatrique Dr Djéa SARAVANE Chef de Service- Praticien Hospitalier EPS Barthélemy Durand - Président de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale.

