



Livre blanc de la douleur 2017

**État des lieux et propositions pour un système de
santé éthique, moderne et citoyen**

**Société Française d'Étude
et de Traitement de la Douleur (SFETD)**

Le Conseil d'administration de la SFETD en 2017

Le bureau

Président : **Pr Serge PERROT**, CETD Cochin-Hôtel Dieu, Paris

Vice-Président : **Pr Frédéric AUBRUN**, Département d'Anesthésie, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon

Secrétaire : **Véronique BARFETY-SAVIGNAT**, Consultation Douleur et Rhumatologie, CHU Lille

Trésorier : **Pr Pierrick POISBEAU**, Institut des Neurosciences, CNRS UPR 3212, Strasbourg

Secrétaire adjoint : **Dr Virginie PIANO**, Centre Hospitalier de la Dracénie, Médecine Interne, Draguignan

Trésorier adjoint : **Christine BERLEMONT**, CETD, Hôpital de Bicêtre

Membres du CA

Pr Nadine ATTAL, Hôpital Ambroise Paré, CETD, Boulogne-Billancourt

Dr Justine AVEZ-COUTURIER, Hôpital Roger Salengro, Neuropédiatrie - Consultation douleur enfant, Lille

Séverine CONRADI, Hôpital Central, CETD, Nancy

Aline LE CHEVALIER, Etablissements du Bessin, Réseau Régional Douleur Bas-Normand, BAYEUX

Pr Gisèle PICKERING, Gabriel Montpied, Centre de Pharmacologie Clinique, Clermont-Ferrand

Dr Florence TIBERGHIE-CHATELAIN, Hôpital Jean Minjot, CETD / Réseau Douleur Franche Comté, Besançon

Remerciements à Pascaline LAVALADE, assistante de direction de la SFETD, pour l'aide à la réalisation de cet ouvrage.

Le livre blanc de la douleur 2017

Sommaire

Introduction - Un livre blanc pour la douleur, un livre blanc pour tous les citoyens.....	9
Les auteurs du livre blanc de la douleur 2017	13

Introduction

Historique de la prise en charge de la Douleur en France	21
Historique politique des Plans « Douleur » en France	23
Une brève histoire de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD)	27
La douleur : définitions et concepts	31

Partie 1 : Épidémiologie de la douleur en France

Démographie et impact socio-économique de la douleur en France	37
La douleur neuropathique en France	43
La douleur liée au cancer en France	47
La migraine en France	49
La douleur ostéoarticulaire en France	51
La douleur en France chez l'enfant et l'adolescent.....	53
La douleur gériatrique en France	55
La douleur en psychiatrie	57
Douleurs gynécologiques et pelviennes en France	59
Les douleurs digestives en France	61
La douleur en Europe	63

Partie 2 : Les défis de la douleur en France

Le parcours de soins en douleur chronique : un parcours de santé qui doit être formalisé.....	69
Médecine générale et douleur	73
Douleur aiguë et douleur post-opératoire : état des lieux et propositions.....	77
La douleur chronique post-opératoire.....	83

Douleur provoquée par les soins.....	87
Douleur chronique.....	91
La douleur liée au cancer.....	95
La douleur du sujet âgé et des maladies neurodégénératives.....	99
Les douleurs des enfants et adolescents.....	103
Douleur et troubles psychiques.....	107
Chirurgie ambulatoire – réflexions autour de la prise en charge de la douleur post-opératoire.....	111
Douleurs au travail.....	115
Impacts du mésusage des médicaments antalgiques en France.....	119
Douleurs chez les enfants et les adultes en situation de handicap.....	123
Douleurs orofaciales.....	125
La douleur aux urgences.....	127

Partie 3 : Les professionnels de la prise en charge de la douleur

Parcours professionnels des médecins de la douleur.....	131
L'Infirmier Ressource Douleur (IRD).....	133
Psychologue en SDC.....	137
La kinésithérapeute et la douleur.....	141
Implication des pharmaciens d'officine dans la prise en charge de la douleur.....	145
L'organisation en équipe dans les Structures Douleur Chronique (SDC).....	149

Partie 4 : Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques

Les approches médicamenteuses de la douleur.....	153
Techniques interventionnelles/Techniques lésionnelles et de neuromodulations.....	161
Techniques interventionnelles/Techniques de radiologie interventionnelle.....	165
Techniques interventionnelles/Techniques spécifiques d'anesthésie : analgésie auto-contrôlée (ACP) et analgésie loco-régionale (ALR).....	167
Thérapie intrathécale.....	173
Les <i>Pain Management Programs</i> : une révolution pour la Médecine Physique Réadaptation dans le traitement des douleurs chroniques.....	177
Psychothérapies et douleur.....	179
Les approches complémentaires.....	183
L'éducation thérapeutique des patients.....	187
Avenir de la recherche en douleur chronique.....	191
E-Santé et Douleur. Optimiser le parcours de soins du patient douloureux chronique en développant la e-santé.....	195

Partie 5 : Structures de la Douleur Chronique

Des soins de qualité, de proximité, pour tous les usagers.....	199
L'organisation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire	201
Les délais d'attente en consultation de la douleur	205
Financement des structures de la douleur chronique	207
Identification (labellisation) des structures douleurs chroniques (SDC).....	211
Fragilité des structures douleur chronique.....	215
Les SDC pédiatriques	219
Les SDC : Hôpitaux de jour.....	221

Partie 6 : Les établissements de santé et la douleur

Clud et Interclud (Comités de lutte contre la douleur)	227
Formations internes en douleur.....	229
Activité Interne des structures douleur	231
Les <i>réseaux</i> Douleur.....	235

Partie 7 : Les Associations de patients de la douleur

Les Associations de patients	241
Le point de vue des patients.....	243
Une association pour le syndrome de l'intestin irritable (SII).....	245

Partie 8 : Enseignement et formation à la médecine de la douleur

La formation en médecine de la douleur lors des études médicales.....	249
Formation des infirmiers en douleur	253
Enseignement et formation des psychologues en douleur	257

Partie 9 : Recherche en Douleur

La recherche fondamentale, translationnelle et clinique	263
La recherche en psychopathologie et en neuropsychologie de la douleur	269
La recherche en soins infirmiers.....	273

Conclusions	277
-------------------	-----

Introduction

Un livre blanc pour la douleur, un livre blanc pour tous les citoyens

La douleur est un défi majeur pour le système de santé du 21^e siècle, un défi pour notre démocratie sanitaire. Ce livre blanc, développé par la SFETD, société scientifique des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la douleur, veut montrer la réalité de la douleur en France, les forces, les faiblesses de la prise en charge, de la formation et de la recherche, pour proposer les améliorations qui s'imposent.

Ce livre est le fruit d'un travail collectif, impliquant les membres de la SFETD, son conseil d'administration, en lien étroit avec les associations de patients. La douleur est universelle, elle peut toucher chacun d'entre nous, quel que soit notre âge, notre condition, notre état de santé. En santé, elle est transversale, les défis qu'elle soulève sont emblématiques et concernent l'ensemble du système de santé, mais aussi de l'enseignement et de la formation, de la protection sociale ou de l'organisation du travail. Puisse notre travail et nos propositions servir d'exemple pour d'autres disciplines, aider à l'amélioration globale du système de soins et même des conditions de vie de nos concitoyens.

1. La douleur est un phénomène de société, tant par le nombre de personnes concernées que par l'importance des enjeux qu'elle soulève :

- Au moins 12 millions de Français souffrent de douleurs chroniques ; pourtant 70% d'entre eux ne reçoivent pas un traitement approprié pour leur douleur.
- La douleur constitue le premier motif de consultation, dans les services d'urgences et chez le médecin généraliste.
- Elle touche en particulier les populations les plus vulnérables, notamment les personnes à des âges avancés
- Moins de 3 % des patients douloureux bénéficient d'une prise en charge dans un des centres spécialisés, lesquels manquent cruellement de moyens. Si rien n'est fait, au moins 30 % de ces structures disparaîtront au cours des 3 prochaines années
- Plus de 70 % des patients douloureux chroniques ne reçoivent pas un traitement approprié pour leur douleur, et moins de 3% d'entre eux bénéficient d'une prise en charge dans un centre spécialisé
- Plus de 60 % des patients admis aux urgences ont une douleur modérée à sévère et moins d'1 sur 2 reçoit un traitement antalgique à l'admission.
- Les douleurs du cancer restent encore insuffisamment traitées et il existe encore des réticences à utiliser les médicaments morphiniques dans ce domaine.
- Les douleurs aiguës, trop souvent peu ou mal prises en charge, font le lit de la douleur chronique, laquelle devrait enfin être reconnue comme une maladie à part entière.

- Près de 20 % des patients opérés gardent des séquelles douloureuses après une opération chirurgicale.
- C'est un enjeu économique et social car la douleur chronique, en particulier post-chirurgicale, induit une forte consommation de soins ainsi qu'un important absentéisme professionnel.
- C'est enfin un enjeu moral car la douleur est aussi synonyme de souffrance, qu'elle soit psychique, sociale, et existentielle : près d'un patient douloureux sur trois estime que la douleur est parfois tellement forte qu'il ressent l'envie de mourir.

2. Il y a urgence à revoir les stratégies de prise en charge de la douleur, en ville comme à l'hôpital, et cela concernant tous les âges de la vie.

- Depuis 2012, il n'existe plus de plan ni de programmes dédiés au développement de la médecine de la douleur malgré tout le chemin qui reste encore à parcourir pour aider au soulagement des personnes douloureuses, que ce soit en ambulatoire, à l'hôpital, dans les institutions accueillant des personnes vulnérables, âgées, précaires.
- Bien que la loi de modernisation de notre système de santé votée en 2016 ait reconnu la nécessité de prendre en charge la douleur dans son article premier, la France, après avoir été longtemps pionnière dans ce domaine, est en passe de perdre du terrain, incapable de relever le défi.
- Il existe actuellement, grâce aux différents plans et programmes de lutte contre la douleur, développés jusqu'en 2012, un réseau de 254 consultations et centres spécialisés en France, couvrant l'ensemble du territoire. Ces structures sont en difficulté, avec des moyens constants, alors que le nombre de consultations réalisées s'accroît, sans pouvoir faire face à une demande croissante des patients. Les délais pour obtenir un rendez-vous de consultation dépassent parfois plusieurs mois. Les financements ne suivent pas les besoins, et la douleur est délaissée par les pouvoirs publics depuis plusieurs années. Si rien n'est fait, au moins 30 % des structures spécialisées disparaîtront au cours des 3 prochaines années.
- Les professionnels de santé ne sont pas remplacés. Faute de postes visibles, les jeunes médecins ne sont pas attirés par la médecine de la douleur.

3. Il y a urgence à revoir la formation en médecine de la douleur, pour tous les professionnels de santé

- Actuellement, sur les six années d'études médicales de deuxième cycle, moins de vingt heures de cours sont officiellement consacrées à la douleur, encore moins dans les Instituts de Formation des Infirmières ou en Psychologie.
- Le traitement de la douleur n'est pas reconnu aujourd'hui comme une authentique spécialité, devant à ce titre être valorisée. La formation à la douleur pour toute la France est assurée par seulement 6 postes d'enseignants universitaires, qui sont actuellement des postes de professeurs associés, non titulaires, proposés pour une durée de 2 ans renouvelable.

4. La recherche en douleur doit être soutenue et valorisée :

- La recherche française en douleur est très active et reconnue à l'échelon international, avec une trentaine d'équipes labellisées par l'INSERM et/ou le CNRS réparties sur l'ensemble du territoire dont la thématique exclusive ou principale est la douleur. Ceci représente plus de 3500 articles originaux publiés en langue anglaise au cours des 5 années 2010-2015, la France se situant largement dans le peloton de tête européen. La recherche nationale dans le domaine de la douleur est devenue vivace et féconde, mais reste méconnue, et surtout ne s'accompagne pas d'un soutien à la recherche clinique, essentiel pour la douleur des patients.

Avec ce livre blanc, écrit par les professionnels de santé, nous voulons montrer que la lutte contre la douleur, complexe, multi-professionnelle et multidimensionnelle, doit devenir un des socles du système de santé au 21^e siècle. La douleur est transversale, et les défis qu'elle soulève sont emblématiques des défis d'un système de santé moderne et citoyen.

Les propositions que nous faisons, à partir de ce livre blanc, résumées en fin du livre blanc, permettront d'écrire un nouveau chapitre de la lutte contre la douleur, pour un système de soins et une démocratie sanitaire à la hauteur des enjeux du 21^{ème} siècle.

Pr Serge Perrot – Président de la SFETD

Les auteurs du livre blanc de la douleur 2017

(CETD : Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)

ATTAL Nadine

Hôpital Ambroise Paré, CETD, Boulogne-Billancourt

AUBRUN Frédéric

Hôpital de la Croix-Rousse, Dépt d'Anesthésie-Réanimation, Lyon

AUTHIER Nicolas

Service de Pharmacologie Médicale / CETD – UMR INSERM 1107
CHU / Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand

AVEZ-COUTURIER Justine

Hôpital Roger Salengro, Neuropédiatrie – Consultation douleur enfant, Lille

BARDE-CABUSSON Yannick

Kinésithérapeute, Le Cap d'Agde

BARFETY-SERVIGNAT Véronique

CHU, Consultation douleur et rhumatologie, Lille

BARROT Michel

Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, INCI UPR 3212, Strasbourg

BAUDIC Sophie

Hôpital Ambroise Paré, Inserm U987 / CETD, Boulogne-Billancourt

BEAUSSIER Marc

Institut Mutualiste Montsouris, Dépt d'Anesthésie, Paris

BERA-LOUVILLE Anne

Hôpital Roger Salengro, Clinique Rhumathologique – CETD, Lille

BERLEMONT Christine

Hôpital Bicêtre, CETD, Le Kremlin Bicêtre

BIOY Antoine

Université de Bourgogne Franche-Comté, Pôle AAFE, Dijon

BLANCHARD Anne

APSSII (Association de Patients Souffrant du Syndrome de l'Intestin Irritable), Bobigny

BOUCHER Yves

Université Paris 7 – Denis-Diderot, UFR odontologie & Centre de Psychiatrie et Neurosciences,
Paris

BOUHASSIRA Didier

Hôpital Ambroise Paré, Inserm U987, Boulogne-Billancourt

BOURILLON Marie-Françoise

Médecin du travail – Paris La Défense

BURES Éric

Hôpital de Girac, Anesthésie, Saint Michel, Girac

CALVINO Bernard

Ancien Président de la SOFRED, Paris

CHAUVIN Martine

AFVD (Association Francophone pour Vaincre les Douleurs), Pompaire

CHENANI Hicham

Centre de Médecine Physique Réadaptation, CETD, Coubert

CIMERMAN Patricia

Hôpital Trousseau, Centre National de Ressource Douleur (CNRD), Paris

CLAIRAZ Béatrice

Pharmacie des verts coteaux, Chatenay-Malabry

COLLIN Élisabeth

Hôpital Avicenne, consultation douleur, Bobigny

CONRADI Séverine

Hôpital Central, CETD, Nancy

CORTEVAL Alice

Institut Analgesia, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand

CREAC'H Christelle

Hôpital Nord, CETD, Saint-Etienne

DELEENS Rodrigue

Hôpital Charles Nicole, CETD, Rouen

DELORME Claire

Établissements du Bessin, Réseau Régional Douleur Bas-Normand / CETD, Bayeux

DESCATHA Alexis

Unité Hospitalo-Universitaire de Santé Professionnelle, AP-HP, Université de Versailles Saint Quentin (UVSQ - Paris Saclay), Inserm UMS 011-U1168, CHU Poincaré, Garches

DUPOIRON Denis

Institut de cancérologie de l'ouest Paul Papin, DAR/CETD, Angers

ESCHALIER Alain

Institut Analgesia, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand

FAÇON Suzelle

APSSII (Association de Patients Souffrant du Syndrome de l'Intestin Irritable), Bobigny

GAUTIER Jean-Michel

CHRU, Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon, Montpellier

HIRSCH Françoise

Hôpital Rangueil, neurochirurgie/CETD, Toulouse

KASTLER Bruno

Radiologie, Hôpital Necker, Paris

LAFFITTE-PELLISTRANDI Agathe

Médecine du travail, Naval group, Cherbourg

LANTÉRI-MINET Michel

Hôpital de Cimiez, CETD, Nice

LAROCHE Françoise

Hôpital Saint-Antoine, rhumatologie/CETD, Paris

LAURENT Bernard

Hôpital Nord, neurologie, Saint-Etienne

LAURENT Sophie

Institut Gustave Roussy, CETD, Villejuif

LE-BIDEAU Sylvie

Médecin du travail – Paris La Défense

LE CHEVALIER Aline

Établissements du Bessin, Réseau Régional Douleur Bas-Normand, BAYEUX

LÉVÊQUE Marc

Hôpital privé Beaugard, Marseille

LEVESQUE Amelie

Hôtel-Dieu, Clinique d'urologie, Nantes

LIGNIER Baptiste

Hôpital Henri Mondor, Centre de Références des Maladies Neuromusculaires, Créteil

MACAL Isabelle

AFVD (Association Francophone pour Vaincre les Douleurs), Pompaire

MAILLARD Frédéric

Hôpital Trousseau, Centre National de Ressource Douleur (CNRD), Paris

MARTINEZ Valéria

Hôpital Raymond Poincaré, anesthésie, Garches

MASSELIN-DUBOIS Anne

Université de Bourgogne Franche-Comté, Pôle AAFE, Dijon

MELIN Céline

Hopital Estaing, Consultation douleurs chroniques de la face, Clermont-Ferrand

MICK Gérard

Centre Hospitalier, CETD, Voiron

MINJARD Raphaël

Hôpital de la Croix Rousse, CETD, Lyon

MOREL-FATIO Michel

Centre de Médecine Physique Réadaptation, CETD, Coubert

NAVEZ Malou

Hôpital Nord, CETD, Saint-Etienne

NÈGRE Isabelle

Hôpital Bicêtre, CETD, Le Kremlin Bicêtre

OSINSKI Thomas

Kinésithérapeute, Andrésy

PERRIN Odile

Hôpital Trousseau, Centre National de Ressource Douleur (CNRD), Paris

PERROT Serge

Hôpital Cochin-Hôtel Dieu, CETD, Paris

PIANO Virginie

Centre hospitalier de la Dracénie, médecine interne, Draguignan

PICKERING Gisèle

Gabriel Montpied, Centre de Pharmacologie Clinique, Clermont-Ferrand

PIONCHON Paul

Faculté de Chirurgie Dentaire, INSERM/U1107, Clermont-Ferrand

PLUCHON Yves Marie

Centre Hospitalier Départemental, CETD, La Roche Sur Yon

POISBEAU Pierrick

Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, CNRS UPR 3212, Strasbourg

ROBERT Carole

Fibromyalgie France, Paris

ROSENZWEIG Sylvie

Pharmacie Saint-Antoine, Paris

SABATÉ Jean-Marc

Hôpital Avicenne, Gastroentérologie, Bobigny

SARAVANE Djéa

EPS Barthélémy Durand, Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale, Autisme, Polyhandicap et Handicap génétique rare, Étampes

SERRA Eric

Hôpital Nord, CETD – Département Interdisciplinaire des Soins de Support pour le Patient en Oncologie (DISSPO), Amiens

SERRIE Alain

Hôpital Lariboisière, CETD, Paris

SOYEUX Esther

Réseau Ville Hôpital Lutter Contre la Douleur, Paris

THIBAUT Marie

Hôpital Trousseau, Centre National de Ressource Douleur (CNRD), Paris

TIBERGHIEEN Florence

Hôpital Jean Minjoz, CETD / Réseau Douleur Franche Comté, Besançon

TOURNIAIRE Barbara

Hôpital Enfants Armand Trousseau, CETD, Paris

VERGNE SALLE Pascale

Hôpital Dupuytren, rhumatologie/CETD, Limoges

VIEL Eric

Hôpital Carémeau, CETD, Nîmes

WANQUET-THIBAUT Pascale

AMAÉ SANTÉ, Issy Les Moulineaux



Introduction

Historique de la prise en charge de la douleur en France

Dr Malou NAVEZ

Hôpital Nord, CETD, Saint-Etienne

Les premières structures spécialisées se sont développées en France à partir de 1975 grâce à des initiatives locales, non encadrées juridiquement et non valorisées, en particulier à Montpellier, Strasbourg, Paris et à partir de spécialités comme l'anesthésie, la neurochirurgie .

Il faut attendre 1986 pour voir la première publication officielle du Ministère de la Santé sur Douleur et Soins palliatifs, et 1994 le rapport encadrant par des textes réglementaires les pratiques existantes en terme de principes et de modalités de la prise en charge de la douleur chronique. Ces structures doivent exercer des activités cliniques avec l'évaluation et l'orientation thérapeutique, l'avis diagnostique, et le suivi à long terme en lien avec le médecin traitant et les autres services de soins, l'enseignement auprès des professionnels de santé et la Recherche fondamentale et appliquée.

Ces structures sont dans la plupart des cas rattachées à un service, les spécialités les plus représentées sont l'anesthésie et la médecine générale, viennent ensuite la neurologie et la rhumatologie, les psychiatres n'effectuent que des temps très partiels, associés à des psychologues . Le budget alloué en 1995 permet la sanctuarisation de certaines structures qui par la Circulaire du 4 février 1998 vont être distinguées en trois types : les Consultations, Unités et Centres

À partir de 1998, trois plans nationaux de lutte contre la douleur ou d'amélioration de sa prise en charge se sont succédés et ont favorisé l'intégration et le développement des structures spécialisées dans le système de soins français. Dans ce contexte, le nombre de structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique en France a fortement progressé, ainsi que le nombre de nouveaux patients admis puis suivis. Le recensement réalisé par la DHOS en 2006, retrouvait plus de 200 structures spécialisées, contre 178 en 2004 et 96 en 2001. Dans le même temps, les structures ont participé au développement de la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé avec la charte du patient hospitalisé (1995) et le guide de prise en charge.

La création d'une capacité douleur (1996), d'un DIU puis d'un DESC, a uniformisé et amélioré les compétences des personnels participant à ces structures par un enseignement commun basé sur la multidisciplinarité et la prise en charge somato-psychique indispensable. Les activités des structures se sont essentiellement centrées sur la clinique et les pathologies prises en charge ont évolué avec le temps, avec moins de douleurs liées au cancer, mais plus de douleurs neuropathiques, de lombalgies, de fibromyalgie, de céphalées chroniques... et avec des délais d'évolution qui ont nettement augmenté. Les activités d'Enseignement et surtout de Recherche sont concentrées pour l'essentiel dans les Centres et les Unités.

Les plans quadriennaux ont orienté les axes de développement de la prise en charge au sein des structures avec des pathologies ciblées (migraine. ...), des populations à risque (enfant sujet âgé santé mentale...), des thérapeutiques spécifiques (techniques non médicamenteuses...). Les travaux de la HAS en 2008, sur la reconnaissance du syndrome douloureux chronique, ont mieux structuré l'évaluation, la prise en charge, l'orientation de ces patients douloureux chroniques, la HAS en 2009 a précisé l'aspect organisationnel de ces structures qui prévaut actuellement.

Historique politique des plans « Douleur » en France

Pr Alain SERRIE

Hôpital Lariboisière, CETD, Paris

La prise en charge de la douleur n'est pas seulement un véritable enjeu de santé publique, critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, mais un problème de société.

Plusieurs textes ont été précurseurs :

- Le rapport «Prendre en charge la douleur» du groupe sénatorial d'études sur la douleur conduit par Mr Lucien Neuwirth (octobre 1994, n° 138).
- La loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses propositions sociales (J.O. du 5 février 1995), articles 31 et 32, p. 1998.
- La circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale du 29 mai 1997 sur «L'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé» dans laquelle la volonté clairement exprimée du Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale et du Secrétaire d'Etat chargé de l'Action Humanitaire d'urgence s'est concrétisée par la nomination, pour la première fois dans notre pays, mais aussi en Europe, d'un Chargé de Mission sur la douleur.

Afin d'apporter des réponses à ce problème de société, plusieurs plans gouvernementaux se sont succédés :

1. Le premier plan gouvernemental triennal de lutte contre la douleur ou Plan Kouchner : 1998-2002

- prise en compte de la demande du patient ;
- développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins ;
- information et formation des professionnels de santé, notamment pour mieux évaluer et traiter la douleur ;
- information du public.

Le plan de Bernard Kouchner, dont il m'a confié la charge, a été une réelle avancée, il était nécessaire, mais insuffisant. Il a permis de faire évoluer les mentalités, mais nombre de mesures n'ont pas été appliquées. Cependant : création de 37 postes de praticiens hospitaliers et d'une vingtaine de postes d'infirmiers, attribution de 380 pompes dites PCA, 170 Comités de Lutte Contre la Douleur ont été créés, un chapitre spécifique douleur de la nouvelle Nomenclature Commune des Actes Médicaux a été initié, la quasi-totalité des Agences Régionales d'Hospitalisation ont débloqué des crédits sur la base d'appel d'offres, un site web douleur a été ouvert à tous les citoyens.

2. Le second plan 2002-2005 : les priorités nationales

Les priorités nationales pour le second plan 2002-2005 ont concerné la migraine, les douleurs provoquées par les soins, la douleur de l'enfant, l'amélioration de la douleur chronique et rebelle : lombalgies, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses, l'amélioration de la souffrance en fin de vie. Dans ce programme était inscrite l'organisation d'Etats Généraux, dont la responsabilité a été confiée aux quatre collègues et à la société savante. Ces travaux ont été finalisés par la tenue des Assises Nationales de la Douleur qui se sont déroulées à Paris le 14 juin 2005 au Palais de la Mutualité sous le haut parrainage de Monsieur Jacques Chirac - Président de la République. Un livre blanc a été publié, 5 axes d'action et 15 propositions se sont dégagés qui ont permis, entre autre, la préparation du troisième plan gouvernemental de lutte contre la douleur.

3. Le troisième plan gouvernemental de lutte contre la douleur 2006-2010

Le 3^e plan gouvernemental de lutte contre la douleur 2006-2010, annoncé le 26 octobre 2005 en conseil des Ministres a été dévoilé le vendredi 3 mars par Xavier Bertrand -Ministre de la Santé et des solidarités à l'hôpital Lariboisière à Paris. Ce plan a été financé à hauteur de 26,74 millions d'euros sur la durée du plan, dont 11 millions d'euros financés dans le cadre des crédits de l'Assurance maladie et 3 millions d'euros relevant de crédits d'Etat.

Il repose sur 4 axes :

1. Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables : enfants et adolescents, personnes polyhandicapées, personnes âgées et fin de vie.
2. Améliorer la formation pratique initiale et continue.
3. Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.
4. Structurer la filière de soins de la douleur.

Afin de poursuivre cet engagement soutenu par une mobilisation active des acteurs de santé, des progrès restent à entreprendre en matière de prévention, d'évaluation et de prise en charge de la douleur.

Ce point a été souligné par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) lors de son évaluation du 3^e plan quinquennal sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010). **Il a émis 6 recommandations pour l'élaboration d'un futur programme d'actions douleur :**

1. la poursuite de la structuration de l'offre de soins, notamment en milieu extrahospitalier.
2. la formation et la sensibilisation des professionnels de santé.
3. l'information du public.
4. l'attention aux enfants, adolescents, personnes âgées, handicapées et personnes souffrant de pathologies psychiatriques.
5. l'amélioration des connaissances (épidémiologie, recherche clinique...).
6. l'amélioration de la gouvernance.

4. Le quatrième Programme : la fin des plans « Douleur »

Le 4^e Programme national qui devait être mis en place avait pour ambition que l'ensemble des acteurs du système de soins s'en saisisse, afin de l'ancrer dans la réalité de leur organisation et de leur prise en charge.

Trois axes avaient été définis pour renforcer la prise en charge des patients algiques :


1. Améliorer la prise en charge des patients algiques en mobilisant les acteurs de premiers recours.
2. Favoriser l'expression de la douleur pour mieux la repérer.
3. Garantir la prise en charge de la douleur au domicile ou en établissement médico-social.

Le Programme national s'appuyait sur 46 livrables permettant de répondre aux objectifs opérationnels. Les 45 priorités de pratiques quotidiennes qui devaient irriguer les actions étaient les suivantes : céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) ; douleurs neuropathiques chroniques notamment post-chirurgicale (DCPC); lombalgies chroniques ; douleurs de l'arthrose liées au vieillissement de la population et douleur aiguë, en particulier postopératoire et aux urgences.

Le ministère chargé de la santé devait mobiliser les différents programmes de recherche, afin de renforcer la prévention et la prise en charge de la douleur :

- Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) ;
- Recherche sur la Performance du Système de Soins (PREPS) ;
- Programme de Soutien aux Techniques Innovantes (P-STIC).

Ce programme national n'a jamais été mis en œuvre.



Prise en charge de la douleur :

15 ans d'avancées ⁽²⁻⁸⁾

1995 Code de Déontologie Médicale <i>« Le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade »</i>	1998-2001 1 ^{er} Plan Douleur (Plan Kouchner)	2002-2005 2 ^e Plan Douleur	2006-2010 3 ^e Plan Douleur
1995 Code de la santé Publique <i>« Les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement »</i>	1998 Création de structures de prise en charge des douleurs chroniques	2002 Loi Kouchner sur le droit des malades <i>« 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 »</i>	2009 Recommandations AFSSAPS 2009 <i>« Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant »</i>

2. Le douleur. Plans de lutte contre la douleur. Outils et textes réglementaires. <http://www.solid.ssi.fr/112/contenu/000001> (consulté le 21/10/2009).

3. Plan de lutte contre la douleur 1998-2000. <http://www.solid.ssi.fr/112/contenu/000002> (consulté le 21/10/2009).

4. Ministère de l'énergie et de la solidarité. Ministère chargé de la santé. Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. <http://www.solid.ssi.fr/112/contenu/000003> (consulté le 01/12/2009).

5. Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'investissement de la prise en charge de la douleur 2004-2010. 3 mars 2006. <http://www.solid.ssi.fr/112/contenu/000004> (consulté le 01/12/2009).

6. Conférence Nationale des Médecins de la Douleur. Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur (CCDD) dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier. Juin 1998. Mise en ligne : <http://www.solid.ssi.fr/112/contenu/000005> (consulté le 21/10/2009).

7. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <http://www.solid.ssi.fr/112/contenu/000006> (consulté le 21/10/2009).

8. AFSSAPS. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations. Juin 2009. <http://www.afssaps.fr/112/contenu/000007> (consulté le 01/12/2009).

Une brève histoire de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD)

Pr Bernard CALVINO¹, Pr Bernard LAURENT², Pr Paul PIONCHON³

¹ Ancien Président de la SOFRED, Paris, ² Hôpital Nord, service de neurologie, Saint-Etienne,

³ Faculté de Chirurgie Dentaire, INSERM/U1107, Clermont-Ferrand

La SFETD s'appelait à l'origine la Société d'Étude et de Traitement de la Douleur (SETD). Celle-ci est issue de la fusion en juin 2000 de la Société Française de la Douleur (SFD, alors chapitre français de l'IASP) et de la Société Francophone d'Étude de la Douleur (SOFRED). Pour éviter toute confusion entre « française » et « francophone » il a été décidé de ne pas faire mention dans l'appellation de la nouvelle société de qualificatif « linguistique » et ce n'est qu'en 2008 qu'ont été modifiés les statuts pour rajouter le F à son intitulé.

L'histoire démarre en France avec la création des premières consultations de la douleur à Montpellier, Strasbourg et Paris dans les années 1975-1980. C'est en 1973 qu'a été créée l'International Association for the Study of Pain (IASP) dont Madame Denise Albe-Fessard a été la première présidente, suivie en 1976 de la création de l'Association pour l'Étude de la Douleur (AED), chapitre française de l'IASP. Cette association avait pour objet l'étude des mécanismes de la douleur et la mise en place des moyens et des méthodes de traitement de la douleur. L'originalité de l'AED consistait dans le fait que la composition du conseil de direction était obligatoirement multidisciplinaire, contrairement aux sociétés des autres disciplines des spécialités médicales et professionnelles de santé. Les membres de l'AED étaient, par le biais de l'association, membres de l'IASP car pour y devenir membre il fallait être parrainé par deux membres de l'IASP. Les membres de l'IASP étaient abonnés au Journal « PAIN », conformément à une décision prise en 1975.

1. La Société Française de la Douleur :

En 1990, l'association change de nom et de statuts: elle devient la « Société Française de la Douleur ». Le changement de statuts permet de modifier les objets de l'association, en favorisant « le développement des méthodes d'exploration, d'évaluation et de traitement de la douleur ». Un nouveau point est ajouté : « l'enseignement et la diffusion de toute notion concernant l'évaluation et le traitement de la douleur ». Le statut des membres est modifié : sont créés les membres titulaires, membres de l'IASP et les membres associés, non affiliés à l'IASP. Dans le règlement intérieur il est précisé et entériné le fait que « divers groupes d'intérêts, groupes de travail et commissions peuvent être formés sous l'égide de la SFD, par décision du conseil de direction ».

Les « pionniers de la douleur » de l'époque gravitaient principalement autour du laboratoire dirigé par J.M. Besson qui a succédé à Denise Albe-Fessard, première présidente de l'IASP et de l'AED. Les thématiques de congrès étaient alors principalement centrées sur les recherches physiologiques et neuroscientifiques. Le congrès de la SFD a vraiment commencé à prendre de l'ampleur lorsqu'il a été organisé à Versailles. Au début François Boureau en était le Secrétaire et les congrès étaient organisés dans l'amphi du Pr. Pichot à l'hôpital Saint Anne, puis à la Faculté de Médecine des Saints Pères. On se souvient que les veilles de Congrès, avec sa secrétaire et son infirmière, François Boureau préparait les pochettes qui étaient fournies par UPSA, seul sponsor à l'époque.

Entre 1993 et 1999 la SFD est intervenue sur plusieurs plans :

1. Participation active à l'organisation du congrès de l'IASP fin août 1993 à Paris, avec distribution à tous les participants du livre « Histoire de la douleur » de Roselyne Rey (Editions La Découverte) en deux éditions, français et anglais.
2. Création de groupes d'intérêts tels que : pédiatrie et douleur, oncologie et douleurs, douleurs oro-faciales, céphalées, soins infirmiers, douleur et handicap, douleur et médecine générale, psychologie et douleur, douleur et gériatrie. Ces groupes d'intérêts ont servi de lien avec les sociétés savantes correspondantes afin de participer à leurs travaux ainsi qu'à leurs réunions pour diffuser les messages concernant le traitement de la douleur en fonction des spécificités de chacune des spécialités.
3. Participation active dans la mise en place en 1996 d'une Capacité Nationale pour la prise en charge de la douleur en plus des diplômes universitaires (DU) « Douleur ».
4. Dépôt de nouveaux statuts à la préfecture en 1997 permettant l'acquisition d'un numéro d'enregistrement de « Formation Continue » pour accréditer le rôle de formation de la SFD et valoriser administrativement la participation des congressistes.
5. Création de nombreux partenariats avec l'ANAES, la Direction de la Santé, des sociétés savantes, ce qui a permis à la SFD d'être reconnue dans les actions des autorités de tutelle et les décisions qui en ont suivi.
6. Organisation du troisième congrès européen « EFIC-2000 » avec l'implication de ses membres de direction (principalement Nadine Memran) dans le comité d'organisation et le programme scientifique.
7. Organisation en 1998 d'un événement exceptionnel, scientifique et convivial, lors de la 22^{ème} réunion de la SFD en célébrant le 25^{ème} anniversaire de l'IASP.

La prise en charge de la douleur a été véritablement reconnue avec la publication de décrets et la mise en place de trois plans spécifiques de Lutte contre la Douleur par le Ministre de la Santé Bernard Kouchner, ce qui a représenté un tournant majeur dans le développement des Centres et des Consultations pour la prise en charge de la douleur en France. Durant ces années la SFD a contribué à la création du Collège National des Médecins de la Douleur, du Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur, du Collège National des Chirurgiens Dentistes de la Douleur, du Collège des Psychologues de la douleur, autant d'instances qui ont participé à la mise en valeur universitaire et clinique de la lutte contre la douleur en France.

Les présidents de l'AED puis de la SFD ont été par ordre chronologique : D. ALBE-FESSARD, J.M. BESSON, J. CAMBIER, Y. LAZORTHE, G. GUILBAUD, P. HENRY, N. MEMRAM et B. LAURENT

2. La SOFRED

La SOFRED a été créée au début des années 1990 par un groupe de cliniciens pour mettre en valeur le travail qu'ils réalisaient dans la prise en charge de la douleur, ce qu'ils disaient ne pas pouvoir faire au sein de la SFD trop orientée vers la recherche fondamentale (bien que de nombreux cliniciens de renom y jouaient un rôle important) : le poids des chercheurs, en particulier ceux issus de l'U161 de l'INSERM, était tel qu'ils disaient ne pas pouvoir être reconnus. D'emblée cette société savante a voulu affirmer son caractère francophone en élisant un collègue belge comme un de ses premiers présidents. Sous l'impulsion de ses présidents successifs (en particulier Alain Serrie, Claude Thurel et Agnès Langlade), elle a rapidement grandi et pris une ampleur suffisante pour

organiser des congrès ayant une audience nationale importante. On se retrouvait donc en France au milieu des années 1990 avec deux sociétés savantes partageant les mêmes intérêts, l'une principalement constituée de cliniciens praticiens de la douleur, et l'autre de chercheurs fondamentalistes et de cliniciens, organisant chacune un congrès ayant des programmes assez proches plus axés sur les soins pour la SOFRED, situation aussi stupide qu'inutile.

3. La SFETD

À la fin des années 1990, Bernard Calvino, alors président de la SOFRED, et Bernard Laurent, alors président de la SFD, ont décidé de réunir les deux sociétés pour des raisons évidentes de cohérence et d'enrichissement mutuel. Chacun de leur côté, au sein de leurs CA respectifs, ils ont alors peu à peu mis en place l'état d'esprit nécessaire à cette fusion. Les deux CA se sont ensuite rencontrés, ont discuté des modalités de cette fusion, et un groupe de travail a été mis en place (Paul Pionchon et François Cesselin pour la SFD et Alain Serrie et Bernard Calvino pour la SOFRED) pour rédiger les futurs statuts. Il fut décidé que le premier CA de ce qui allait devenir la SETD (Société d'Etude et de Traitement de la Douleur, un clin d'oeil aux Centres du même nom, CETD) serait constitué par la fusion des deux CA et le premier président fut choisi par consensus, ce fut Ivan Krakowski. Cette organisation ne devait être que provisoire pour organiser le premier congrès commun en juin 2000. Les nouveaux statuts furent discutés, amendés puis adoptés au cours de la première assemblée générale lors de ce premier congrès commun (JO 4/11/2000). Au cours de ce congrès, invité par le président Krakowski, le Secrétaire d'Etat à la Santé Bernard Kouchner, tout juste de retour du Kosovo, venait s'exprimer à la tribune et entamer un débat avec l'auditoire. Se félicitant de la création d'une société unifiée, laquelle pouvait être un interlocuteur officiel du Ministère de la Santé, il annonçait la mise en chantier du Programme de Lutte contre la Douleur 2002-2005 avec la collaboration active des professionnels impliqués.

Le 22 Juin 2001, à Paris un nouveau CA a été mis en place au sein duquel Paul Pionchon fut élu premier président. Ce CA avait l'originalité de regrouper de façon paritaire des membres des deux anciennes sociétés, des femmes et des hommes, des chercheurs et des cliniciens représentant de toutes les spécialités investies dans la lutte contre la douleur. Le premier congrès organisé à Lyon sous la présidence de Paul Pionchon a présenté un programme plus vaste, étendu de la recherche fondamentale aux techniques de soins de tous les professionnels impliqués dans la douleur, enrichi des particularités des deux sociétés.

La SETD était reconnue officiellement et on connaît la suite...

N.B : Les auteurs tiennent à remercier Pierre TAJFEL pour les précieux renseignements qu'il nous a fournis et qui ont contribué à restituer cette brève histoire de la SFETD.

La douleur : définitions et concepts

Pr Serge PERROT

Hôpital Cochin-Hôtel Dieu, CETD, Paris

Connue de tous, expérience personnelle de chacun, la douleur est pourtant difficile à définir tant elle est complexe. Elle possède dans la littérature plusieurs définitions incluant différentes dimensions. Ces définitions ont évolué dans le temps en fonction des connaissances scientifiques.

1. La douleur et la souffrance, comment les définir ?

- **la douleur** : selon la définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP)¹ énoncée en 1979 et adoptée par l'OMS en 1986, la douleur est « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion* ».

Cette définition prend en compte la dimension subjective de la douleur et ses mécanismes complexes : la douleur est une expérience. La douleur de chaque personne doit être crue, qu'une cause soit identifiée ou non, qu'elle soit réelle ou imaginaire. Cette caractéristique justifie un abord clinique fondé sur une évaluation globale sans se limiter à la maladie en elle-même.

- **la souffrance** : la souffrance représente un mal-être, un sentiment profond, intriqué, mais différent de la douleur. La douleur s'exprime de cette façon : « j'ai mal » ; pour la souffrance, on dira « je suis mal ».

2. Les composantes de la douleur

La douleur est décrite comme une expérience multidimensionnelle. Trop souvent réduite à la simple évaluation de son intensité, d'autres variables sont nécessaires à son évaluation : sa cause, son mécanisme, son retentissement sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles, et le contexte psychologique et social.

On identifie classiquement 4 composantes de la douleur :

- **Sensitivo-discriminative** : correspondant au décodage des douleurs en terme de qualité (intensité, horaire, rythme, siège, ...) de durée, d'intensité et de localisation ;
- **Affectivo-émotionnelle** : qui en fait la particularité de la perception désagréable de l'expérience douloureuse, pouvant être modulée par des états émotionnels (anxiété, dépression ...) ;
- **Cognitive** : impliquant des processus mentaux susceptibles donnant du sens à la perception et aux comportements du sujet (attention et diversion de l'attention, interprétation, valeurs attribuées, mémorisation, anticipation, référence aux douleurs antérieurs, décision du comportement à adopter ...).

¹ Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain.* Seattle : IASP ; 1994

- **Comportementale** : ensemble des manifestations verbales et non verbales (somatiques, neurovégétatives, psychomotrices) observables en réaction à la douleur. Elles assurent une communication avec l'entourage. Les apprentissages antérieurs, fonction de l'environnement familial et ethnoculturel, de standards sociaux liés à l'âge et au sexe sont susceptibles de modifier les comportements de l'individu. Comme tout système de communication, les réactions de l'entourage interfèrent avec le comportement du malade douloureux et contribuent à son entretien.

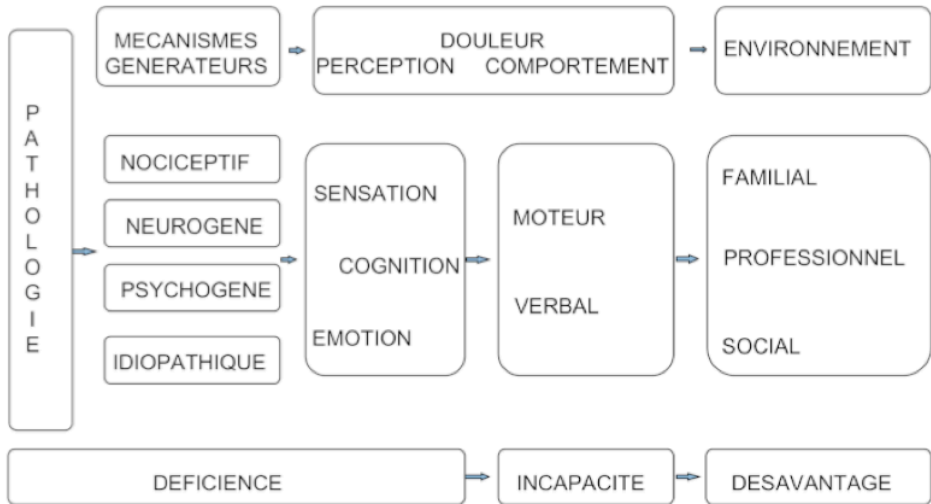


Figure 1: Modèle multidimensionnel de la douleur.

Source: F. Bourreau, « Le modèle multidimensionnel biopsychosocial de la douleur chronique : Douleurs et souffrances », Le Bouscat, Esprit du temps, n° 19, 2000.

3. Les différents mécanismes de douleur

La sémiologie de la douleur permet de la décrire en cadres nosologiques avec des caractéristiques distinctives. Il existe plusieurs types de douleur, correspondant à des mécanismes distincts :

- Nociceptives : correspondant à une atteinte tissulaire locale, mécanique et/ou inflammatoire ;
- Neuropathiques : correspondant à une lésion du système nerveux central ou périphérique ;
- Mixtes : des pathologies associant une double composante nociceptive et neuropathique ;
- Dysfonctionnelles : dues à une perturbation de la modulation de la douleur, au niveau cérébral et/ou périphérique, sans qu'il n'existe de lésion objectivable (fibromyalgie, colopathie...).

4. Les différents cadres temporels : douleur aiguë ou chronique

- **La douleur aiguë** : En phase aiguë, la douleur est souvent unifactorielle, et peut constituer un signal d'alarme à la sauvegarde de l'intégrité de l'organisme. L'évolution se fait vers la résolution de la douleur si un acte thérapeutique est réalisé.

- **La douleur chronique** : La douleur chronique se définit par un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Elle est définie par une durée se prolongeant **au delà de 3 mois**. Elle est souvent **multifactorielle**, avec **des facteurs d'entretien psychologiques, sociaux et culturels, et des conséquences physiques, morales et sociales**.
- Le « **syndrome douloureux chronique** » ou « **douleur maladie** » est un concept plus complexe la douleur chronique, qui devient une maladie à part entière dans sa nosologie et sa thérapeutique. *L'American Medical Association (AMA)* définit la douleur chronique selon les critères suivants :
 - douleur persistante ou récurrente ;
 - durant au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, ou est associée à un processus pathologique intermittent ou chronique ; ce qui correspond en général à une durée supérieure à 3 mois ;
 - répondant mal au traitement médical et/ou invasif approprié ;
 - accompagnée d'une altération significative et durable du statut fonctionnel.

La dysthymie, l'agressivité, l'isolement et la fragilité peuvent exister, mais ne sont pas nécessaire au diagnostic.

- **La douleur clinique rebelle** :

Retrouvé fréquemment dans la littérature, le terme de « douleur chronique rebelle » ne fait pas consensus. La prise en charge des douleurs chroniques rebelles ou réfractaires aux approches classiques nécessite une approche d'équipe, notamment en centre de la douleur. Le repérage rapide de ces patients en médecine de premier recours ou spécialisée permettrait de prendre en charge ces patients de façon optimale le plus précocement possible dans les structures de la douleur.

5. Les différents médicaments de la douleur

Il est important de connaître les différents termes que l'on peut retrouver :

- un antalgique ou un analgésique : un traitement contre la douleur
- un anesthésique : un traitement qui supprime toute sensation, douleur incluse, de façon locale ou générale.



Partie 1

Épidémiologie de la douleur en France

Démographie et impact socio-économique de la douleur en France

Pr Serge PERROT

Hôpital Cochin-Hôtel Dieu, CETD, Paris

1. Démographie de la douleur en France

Le livre blanc de la douleur établi en 2005¹ à l'occasion des états généraux, donnait les chiffres de la prévalence de la douleur (chronique ou non) auprès d'un échantillon de 1007 personnes représentatif de la population française des 18 ans et plus : au cours des 2 dernières années précédant l'enquête, 78 % des patients avaient été concernés par la douleur. 54 % en souffraient personnellement, 9 % en souffraient par le biais de leurs enfants de moins de 15 ans et 21 % en souffraient plus indirectement.

Selon le Baromètre santé 2010 de l'INPES², un quart des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées, déclarent avoir ressenti une douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois. La proportion de personnes déclarant avoir souffert d'une douleur physique difficilement supportable est plus importante chez les femmes (28,0 %) que chez les hommes (23,7 %) et augmente significativement avec l'âge passant de 16,4 % chez les 15-19 ans à 34,9 % chez les 75-85 ans. Parmi les deux tiers (69,9 %) de personnes de 15 à 85 ans ayant consulté ou été hospitalisées lors ou suite à une douleur, 37,2 % déclarent être très satisfaites du traitement reçu pour soulager cette douleur et 39,7 % plutôt satisfaites, sans différences significatives selon le sexe ou l'âge.

Tableau : Baromètre INPES 2010

TABLEAU 2 • Pourcentage de personnes déclarant avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois en 2010

	Ensemble	Hommes	Femmes
15-19 ans	16,4	16,6	16,2
20-25 ans	19,6	22,7	16,7
26-34 ans	24,8	24,7	25,0
35-44 ans	25,9	23,2	28,5
45-54 ans	27,1	26,5	27,7
55-64 ans	26,8	22,3	31,1
65-74 ans	29,8	25,7	33,4
75-85 ans	34,9	26,6	40,3
Total	25,9	23,7	28,0

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre santé, INPES, 2010.

1 Serrie A, Queneau P. Livre blanc de la douleur. Paris: comité d'organisation des états généraux de la douleur; 2005.

2 Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. (dir.), 2011, Baromètre santé 2010, Attitudes et comportements de santé, INPES, Saint-Denis.

Selon le rapport de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES de 2011³, les femmes déclarent souffrir plus fréquemment de douleurs importantes ou très importantes que les hommes, aussi bien en 1998 qu'en 2000 et 2008. La douleur est plus élevée chez les femmes (39,6 %) que chez les hommes (31 %). Par ailleurs, l'écart entre les deux sexes se creuse au fur et à mesure que l'âge augmente. En 2008, chez les 65 ans ou plus, 43 % des femmes déclaraient des douleurs importantes ou très importantes, contre 30 % des hommes.

La proportion d'hommes et de femmes déclarant souffrir fréquemment de douleurs sévères est restée stable entre 1998, 2000 et 2008 pour les moins de 25 ans et les 25-64 ans, mais cette proportion semble augmenter chez les femmes comme chez les hommes de 65 ans ou plus.

Dans l'étude réalisée par l'institut national du cancer en 2010⁴, la douleur est présente chez 53 % des patients tous stades de cancer confondus et elle n'est contrôlée que chez 5,6 % d'entre eux. Ces chiffres ne se sont pas améliorés en 10 ans, depuis une étude de 2000.

Une enquête réalisée en 2014⁵ 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 %).

L'étude NHWS réalisée en France en 2010⁶ sur 15 000 personnes a montré que 2 614 (17 %) personnes ont signalé avoir présenté une douleur au cours du mois précédant l'étude, dont 14 % une douleur légère, 59 % une douleur modérée et 27 % une douleur sévère.

Concernant la prise en charge de la douleur aiguë, selon le rapport de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES de 2011⁷, quand on demande aux femmes qui ont accouché avec une péridurale ou une rachianesthésie comment elles jugent leur prise en charge de la douleur, 69,5 % disent que l'analgésie ou l'anesthésie était très efficace et 20 % disent qu'elle était assez efficace.

2. Démographie de la douleur chronique en France

Les systèmes d'information existants ne permettent pas de repérer spécifiquement les douleurs chroniques rebelles, en l'absence de définition explicite. La prévalence de la douleur chronique varie de 10,1 % à 55,2 % selon les études françaises et internationales^{8 9}.

3 Danet S (dir). L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011

4 C. Welsch. T. Delorme F. Larue A. Beauchet. I. Krakowski. L. Brasseur. Données épidémiologiques sur la douleur du cancer en France. Evolution sur deux décennies de la prévalence et de l'intensité de la douleur chez les malades atteints de cancer Douleur et Analgésie (2013) 26 :126-132

5 Enquête CSA pour Sanofi sur « Les Français et la douleur » réalisée en septembre 2014 auprès de 2006 personnes âgées de 18 à 60 ans.

6 Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, Pommerantz D, Ganry H. Douleurs ; 2014 ; 2 : 57 – 66.

7 Danet S (dir). L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011

8 Harstall C, Ospina M. *How prevalent is chronic pain ?* Pain Clinical Updates 2003 ; 11(2) : 1-4

9 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.

En France, l'enquête STOPNEP¹⁰, réalisée en 2004, a estimé la prévalence de la douleur chronique et des douleurs neuropathiques en population générale : 31,7 % des français expriment une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois. La douleur est plus élevée chez les femmes (35 %) que chez les hommes (28,2 %). La prévalence augmente avec l'âge, surtout au-delà de 65 ans. La douleur est deux fois plus élevée chez les ouvriers et les agriculteurs que chez les cadres.

Dans le rapport de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES de 2011¹¹, déjà cité, la prévalence de la douleur chronique sévère définit par une douleur très fréquente et intense, est évaluée à 11 % chez l'adulte et 8 % chez l'enfant.

En 2008, selon l'enquête Handicap-Santé, 30 % des personnes interrogées de 16 ans ou plus, vivant au domicile, déclaraient des douleurs physiques d'une intensité «modérée grande ou très grande». Les femmes étaient plus touchées que les hommes (32 % versus 24 %). La prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge pour atteindre 67 % des personnes âgées de 85 ans ou plus. Sur la période 2002-2003 à 2008, la prévalence de la douleur chronique d'intensité modérée, grande à très grande, a eu tendance à diminuer quel que soit le sexe et principalement chez les moins de 65 ans. A contrario, on observe un accroissement de la prévalence (+4 points) chez les personnes âgées de plus de 85 ans.

3. Retentissement de la douleur en France

Les douleurs chroniques sont sources de handicaps, de retentissement professionnel et d'altérations majeures de la qualité de vie à l'échelle individuelle. Elles sont aussi à l'origine de coûts de santé importants, directs et indirects. Il existe peu d'études françaises permettant de chiffrer le fardeau de la douleur, notamment chronique, en France.

3. 1. Retentissement dans la vie de tous les jours et au travail

À l'échelle collective, les douleurs entraînent une consommation importante de soins et d'arrêt de travail avec, en moyenne, 10 consultations chez le médecin généraliste par an et 4 consultations chez le spécialiste. Selon l'enquête ECONEP, les arrêts de travail sont plus fréquents que dans la population générale et 45 % des patients douloureux 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.

3. 2. Retentissement économique : un surcoût direct médical annuel de plus de 1 milliard

Il est difficile d'évaluer l'impact économique de la douleur chronique et les données sont peu nombreuses. D'après l'étude ECONEP¹², le coût total moyen par patient et par an est de 7 000 € pour les hospitalisations en hôpital privé, 14 500 € en hôpital public, 580 € en traitement médi

10 Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. *Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population*. Pain 2008 ; 136(3):380-7

11 Danet S (dir). *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011*

12 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, 6^e Congrès, Nantes 17 novembre 2006.

camenteux, 3 630 € en traitements non médicamenteux à l'hôpital privé pour 5 150 € en hôpital public, et enfin, 950 € d'examen complémentaires.

L'intérêt d'une prise en charge précoce serait de permettre une réduction des coûts, notamment liés aux arrêts de travail et aux comorbidités.

3. 3. L'étude NHWS réalisée en France en 2010¹³ sur 15 000 personnes permet d'estimer le poids socio-économique de la douleur

- En extrapolant à la population française, on estime que la douleur impacte deux tiers des personnes atteintes de douleur dans leur travail : 88 Millions de journées sont impactées par la douleur (48 Millions par l'absentéisme et 40 Millions par le présentéisme).
- la prévalence des personnes en arrêt maladie de longue durée était de 5 % en présence d'une douleur, contre 1 % dans le groupe contrôle.
- En 2010, 516 000 personnes de plus se sont présentées dans un service d'urgences et 516 000 ont été hospitalisées à cause de la douleur.
- Globalement, les patients ayant déclaré une douleur ont consulté environ deux fois plus souvent des professionnels de santé que les autres (neuf consultations, contre 4,8). En généralisant ces résultats à tous les adultes français, on arrive à 72,2 millions de consultations supplémentaires par an. À partir du tarif d'une consultation chez un médecin généraliste (23 euros) et du taux de remboursement par l'assurance-maladie (70 %), cela correspond à un surcoût annuel de 1,163 milliard d'euros.

Quelques chiffres de coûts de santé liés à des pathologies précises en France :

- migraine : 1 milliard par an, pour une prévalence de 17 % de la population¹⁴
- céphalées chroniques : 2 milliards par an pour une prévalence de 3 % de la population
- lombalgies : 6 000 euros par personne atteinte par an¹⁵
- fibromyalgie : 6 000 euros par personne atteinte par an¹⁶

3. 4. Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques semblent liées à une augmentation du risque de douleurs chroniques. La dépression est fortement associée aux douleurs chroniques, mais les chiffres manquent dans ce domaine. À l'inverse, les douleurs chroniques augmentent la prévalence des pathologies psychiatriques, comme la dépression, l'anxiété, ou encore les troubles du sommeil, les addictions.

13 Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, Pommerantz D, Ganry H. Douleurs ; 2014 ; 2 : 57 – 66.

14 Pradalier et al, Economic impact of migraine and other episodic headaches in France : data from the GRIM2000 study. Pharmacoeconomics 2004 ; 26 : 1305-18.

15 Depont F et al, Medical and non medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. Fundam clin Pharmacol 2010 ; 24 : 101-8

16 Knight et al, Health-ressource use and costs associated with fibromyalgia in France, Germany and United states. Clinic Outcome res 2013 ; 5 : 171-80

En conclusion, la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, représente un coût majeur de santé, mais aussi économique et social. Les études manquent pour démontrer l'impact d'une prise en charge adaptée en terme d'économie de coûts de santé directs et indirects, mais aussi en terme de coût social.

La douleur neuropathique en France

Pr Nadine ATTAL¹, Dr Didier BOUHASSIRA²

¹ Hôpital Ambroise Paré, CETD, Boulogne-Billancourt, ² Hôpital Ambroise Paré, Inserm U987, Boulogne-Billancourt

Depuis environ 10 ans, l'épidémiologie de la douleur neuropathique en France, qui était très peu développée jusqu'alors, a connu des progrès spectaculaires avec la réalisation de plusieurs enquêtes de grande envergure portant, soit sur la population générale, soit sur des populations plus spécifiques.

1. Douleur neuropathique en population générale

La meilleure estimation de la prévalence de la douleur neuropathique en France vient de la vaste enquête épidémiologique STOPNEP (« Study of the Prévalence of Neuropathic Pain »), réalisée en France en partenariat avec TNS-SOFRES (Bouhassira et al 2008). Cette étude reste encore actuellement une des plus importantes études épidémiologiques internationales consacrées à la douleur neuropathique et la seule de ce type et de cette ampleur jamais réalisée en France.

1. 1. Méthodologie de l'étude STOPNEP

Ses objectifs principaux étaient d'estimer la prévalence des douleurs chroniques, avec ou sans caractéristiques neuropathiques, en population générale. La définition de la douleur chronique était celle de l'association internationale de la douleur, soit une douleur présente de façon quotidienne ou quasi quotidienne depuis au moins 3 mois. Ce travail, s'appuyant sur une enquête postale, a porté sur un échantillon large et représentatif de la population française, comportant plus de 30 000 individus de plus de 18 ans (base de sondage « Access Santé » de TNS-SOFRES). Le taux de retour du questionnaire a été de 81,2 %, et la quasi totalité (96,8 %) des questionnaires reçus ont pu être exploités.

1. 2. Prévalence de la douleur neuropathique

Parmi les douloureux chroniques de l'étude STOPNEP, 1 631 présentaient des douleurs neuropathiques sur la base du questionnaire DN4-interrogatoire, validé pour le dépistage de la douleur neuropathique (Bouhassira et al., 2005). Ainsi, la prévalence des douleurs chroniques ayant des caractéristiques neuropathiques a été estimée à 6,9 % [95 % CI : 6,6-7,2] de la population française. Ces chiffres sont similaires à ceux d'une étude comparable réalisée dans 3 villes anglaises, utilisant un autre outil de dépistage, le LANSS (prévalence estimée à 8,2 %) (Torrance et al 2006). Dans l'étude STOPNEP, l'intensité de la douleur était modérée à sévère ($\geq 4/10$) dans près de trois quarts des cas, représentant une prévalence de douleurs neuropathiques au moins modérée de 5,1 % [95 % CI : 4,8-5,4].

Les principales caractéristiques socio-démographiques des douleurs de caractéristique neuropathique étaient : une prépondérance féminine (8 %), un pic de prévalence entre 50-64 ans (9,3 %), une prévalence élevée en zone rurale (7,6 %) par rapport aux grandes communautés urbaines (5 % à Paris) et deux fois supérieure chez les agriculteurs et les ouvriers. Les douleurs neuropathiques étaient aussi globalement plus sévères et de durée d'évolution plus longue que les autres. Enfin, l'analyse des localisations douloureuses a fortement suggéré que la grande majorité de ces douleurs correspondait à des lombo-sciatiques ou des névralgies cervico-brachiales. Ainsi, les douleurs neuropathiques les plus fréquentes semblent bien correspondre à des composantes neuropathiques au sein de syndromes douloureux complexes dits "mixtes", associant douleurs neuropathiques et non neuropathiques.

2. Douleurs neuropathiques dans des contextes particuliers

Plusieurs études épidémiologiques multicentriques françaises de grande envergure ont permis de préciser la prévalence des douleurs neuropathiques après chirurgie, zona, diabète et dans le cancer (Tableau 1). Toutes ces études ont utilisé l'outil de dépistage DN4 pour détecter la douleur neuropathique.

3. Douleur post-opératoire

La douleur chronique postopératoire représente un problème majeur de santé publique, affectant 10 à 50 % des opérés selon le type de chirurgie avec 2 à 10 % de douleurs sévères (refs in Duale et al 2014). Il s'agit d'un des principaux motifs de consultation dans les structures de lutte contre la douleur. Les chirurgies d'amputation, du cancer du sein, du thorax et de hernie discale sont les plus à risques d'induire une douleur chronique postopératoire.

La chirurgie est aussi probablement la seconde cause de douleur neuropathique après les lombo-radicalgies en population générale (Bouhassira et al 2008). Selon une enquête de la SFETD (2011), la chirurgie était impliquée dans 47 % des cas de douleur neuropathique (résultats non publiés).

Dans une large étude épidémiologique prospective de grande envergure (Duale et al 2014), portant sur 3 112 patients (dont 2 397 ont complété le suivi), la prévalence de la douleur neuropathique post-chirurgicale à 6 mois allait de 3.2 % pour la cure de hernie inguinale à 37.1 % pour la chirurgie du cancer du sein, avec une moyenne de 12.8 % toutes chirurgies confondues.

4. Zona

L'enquête longitudinale prospective observationnelle ARIZONA, réalisée en médecine générale et portant sur 1 358 patients (dont 1032 ont complété le suivi), a retrouvé une prévalence de la douleur post-zostérienne après un zona aigu de 11.6 % à 3 mois, 8.5 % à 6 mois et 6 % à un an (Bouhassira et al 2012). Dans cette enquête, les principaux facteurs prédictifs de douleur chronique étaient l'âge élevé et la qualité neuropathique de la douleur.

5. Diabète

Une large enquête épidémiologique observationnelle, portant sur 766 patients diabétiques, a retrouvé une prévalence de la douleur neuropathique de 20.3 % [95 % CI 17.4-23.1]. La douleur était liée à la polyneuropathie diabétique dans 80.1 % des cas. Seuls 38.6 % des patients recevaient un traitement approprié à leur douleur (Bouhassira et al 2013).

6. Cancer

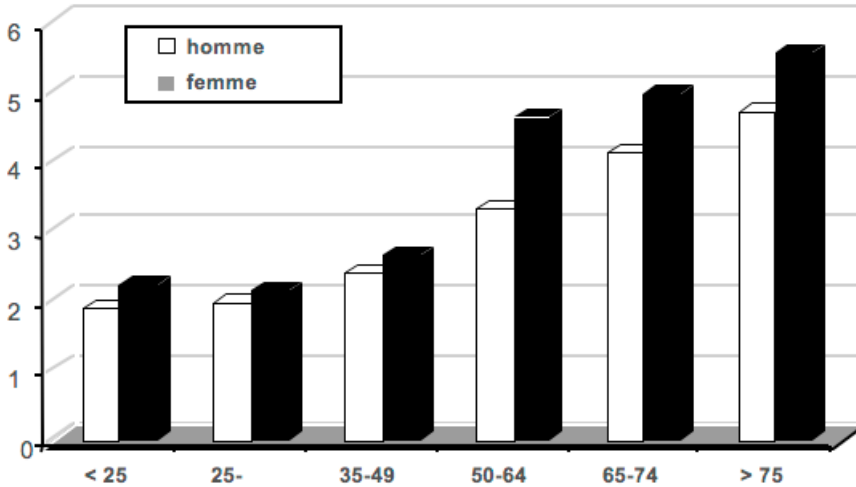
Une large étude multicentrique prospective portant sur 1885 patients cancéreux (dont 1805 inclus) a mis en évidence une prévalence de la douleur chronique de 28.2 % (95 % CI: 26.3-30.5), allant de 22.5 % à 35.4 %, selon la localisation de la tumeur primitive, dont 21 % de douleur neuropathique. Ceci représente une prévalence de douleurs neuropathiques au cours du cancer de 2.9% à 9.7%, selon la tumeur initiale. L'incidence des douleurs chroniques au cours du suivi de 6 mois (sur 873 patients) était 13 % à 28 %, selon la tumeur primitive dont 20 % de douleurs neuropathiques (Bouhassira et al 2017).

Conclusion

La prévalence des douleurs neuropathiques en population générale en France est importante de 7 %, et de 5 % pour les douleurs neuropathiques modérées à sévères. Les douleurs neuropathiques sont particulièrement fréquentes dans le contexte postopératoire (10 %), le zona (12 % à 3 mois), le diabète (20 % des cas) et le cancer (3 à 10 % des cas).

Références

- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005; 114: 29-36.
- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005; 114: 29-36.
- Bouhassira D, Chassany O, Gaillat J, Hanslik T, Launay O, Mann C, Rabaud C, Rogeaux O, Strady C. Patient perspective on herpes zoster and its complications: an observational prospective study in patients aged over 50 years in general practice. *Pain*. 2012 Feb;153(2):342-9.
- Bouhassira D, Letanoux M, Hartemann A. Chronic pain with neuropathic characteristics in diabetic patients: a French cross-sectional study. *PLoS One*. 2013 Sep 13;8(9):e74195.
- Bouhassira D, Luporsi E, Krakowski I. Prevalence and incidence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in patients with cancer. *Pain*. 2017 Jun;158(6):1118-1125.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.
- Dualé C, Ouchchane L, Schoeffler P; EDONIS Investigating Group., Dubray C. Neuropathic aspects of persistent postsurgical pain: a French multicenter survey with a 6-month prospective follow-up. *J Pain*. 2014 Jan;15(1):24.e1-24.e20.

Figure 1 : Prévalence des douleurs chroniques en France en fonction de l'âge et du sexe.**Tableau 1 :** Principaux chiffres de prévalence de la douleur neuropathique (DN) en population générale et dans des contextes médicaux spécifiques en France, sur la base de l'outil diagnostique DN4.

Population	Nom et caractéristiques de l'enquête	Auteurs	Échantillon	Résultats
Population générale	STOPNEP Étude transversale	Bouhassira <i>et al</i> ; Pain 2008	30155 sujets Taux de retour 81.2 %	6.9 % 5.1% pour DN modérée à sévère
Patients opérés	EDONIS Étude prospective	Duale <i>et al</i> ; J Pain 2014	3112 patients opérés (dont 2397 suivis)	12.8 % à 6 mois
Zona	ARIZONA Étude prospective	Bouhassira <i>et al</i> ; Pain 2012	1358 patients zona (dont 1032 suivis)	11.6 % à 3 mois 8.5 % à 6 mois 6 % à un an
Diabète	Étude transversale	Bouhassira <i>et al</i> ; Plos One 2014	766 patients diabétiques	20.3 %
Cancer	Étude prospective	Bouhassira <i>et al</i> ; Pain 2017	1885 patients cancéreux (1805 inclus)	2.9 % à 9.7 % selon la tumeur primitive

La douleur liée au cancer en France

*Dr Florence TIBERGHEN¹, Dr Claire DELORME², Dr Denis DUPOIRON³,
Dr Sophie LAURENT⁴*

¹Hôpital Jean Minjoz, CETD / Réseau Douleur Franche Comté, Besançon, ²Établissements du Bessin, Réseau Régional Douleur Bas-Normand / CETD, Bayeux, ³Institut de cancérologie de l'ouest Paul Papin, DAR / CETD, Angers, ⁴Institut Gustave Roussy, CETD, Villejuif

En 2012, l'INCA recense 385 000 nouveaux cas de cancer, avec une prévalence de 3 millions de personnes en traitement ou ayant été traités, soit un volume de patients potentiellement douloureux très important.

En effet, les données nationales et internationales publiées^{1, 2, 3} montrent une prévalence de douleur liée au cancer importante à tous les stades de la maladie. La prévalence des douleurs modérées à sévères, qui nécessitent une prise en charge, varie de 50 % (prévalence tous stades confondus de la maladie) à 66 % pour les patients en phase avancée de leur maladie. L'enquête, réalisée par l'INCA en France métropolitaine en 2010⁴, a permis de confirmer ces données et a montré l'altération de la qualité de vie de ces patients. Cette enquête a montré également le sous traitement des patients dans 61 % des cas, alors que la mise en œuvre de la prise en charge pharmacologique de la douleur liée au cancer, selon les référentiels de l'OMS, permet de soulager efficacement, y compris en fin de vie, 75 % des patients en phase palliative et 90 % des patients tous stades confondus^{4, 5}. Dans une étude Européenne de 2014, un patient sur trois ne reçoit pas de traitement antalgique adapté à l'intensité de cette douleur⁶. Ces résultats sont stables depuis 20 ans.

L'augmentation de l'incidence du cancer associée aux progrès thérapeutiques en oncologie entraîne une augmentation de la prévalence de patients douloureux en phase avancée de leur maladie.

Ce fait est majoré par le vieillissement de la population souvent atteinte aussi de pathologies intercurrentes douloureuses comme l'arthrose.

La douleur cancéreuse est devenue une maladie chronique chez 50 % des patients, avec une composante neuropathique souvent séquellaire des traitements, d'où la complexité de cette prise en charge.

1. Enfin, en 2010, seulement 7,3 % des patients douloureux cancéreux rencontraient un spécialiste de la douleur⁵. L'ensemble de ces données nécessite une réflexion sur le parcours du patient atteint de douleur cancéreuse, quel que soit le stade de sa maladie⁷.

En conclusion, l'incidence de la douleur du cancer ne s'est pas améliorée en 20 ans malgré les plans cancer et la diffusion de nombreuses recommandations.

Références

1. Van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., De Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., Van Kleef, M., & Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of oncology*, 18(9), 1437-1449.

2. Breivik, H., Cherny, N., Collett, B., De Conno, F., Filbet, M., Foubert, A. J., & Dow, L. (2009). Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of oncology*, mdp001.
3. Brasseur, L. (2010). La prise en charge des douleurs des patients cancéreux en France: une évolution sur 12 ans (étude EFIC 2006). *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 11(2), H5-H8.
4. Ventafridda, V., Ripamonti, C., De Conno, F., Tamburini, M., & Cassileth, B. R. (1989). Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *Journal of palliative care*, 6(3), 7-11.
5. Grond, S., Zech, D., Schug, S. A., Lynch, J., & Lehmann, K. A. (1991). Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief during the last days and hours of life. *Journal of pain and symptom management*, 6(7), 411-422.
6. Welsch, C., Delorme, T., Larue, F., Beauchet, A., Krakowski, I., & Brasseur, L. (2013). Données épidémiologiques sur la douleur du cancer en France. Évolution sur deux décennies de la prévalence et de l'intensité de la douleur chez les malades atteints de cancer. *Douleur et analgésie*, 26(3), 126-132.
7. Van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, et al. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage* 2016;51: 1070-1090 e1079.

La migraine en France

Dr Michel LANTÉRI-MINET

Hôpital de Cimiez, CETD, Nice

1. Prévalence de la migraine

Les données épidémiologiques concernant la migraine en France sont nombreuses et essentiellement issues des programmes d'études GRIM et FRAMIG réalisées avec les soutiens respectifs des laboratoires Glaxo Smith Kline et AstraZeneca.

Réalisés à partir d'échantillons représentatifs de la population française adulte, ces programmes ont permis d'estimer la **prévalence française de la migraine à près de 20 %** et d'estimer la **prévalence française de la céphalée chronique quotidienne à 3 %**. Cette céphalée chronique quotidienne est principalement le fait de migraineux, dont la migraine s'est chronicisée souvent du fait d'un abus médicamenteux résultant d'une mauvaise prise en charge.

2. Impact de la migraine

Ces programmes ont également permis de mettre en exergue l'impact individuel de cette pathologie, tant sur le plan de son impact fonctionnel, avec une **perte de productivité estimée à plus de 5 jours par trimestre chez plus de 25 % des sujets migraineux et à plus de 10 pour 15 % d'entre eux**, que de son impact émotionnel avec **près de 50 % des sujets migraineux alléguant un impact anxieux et/ou dépressif de leur maladie migraineuse**.

Cet impact individuel est associé à un impact sociétal également majeur. Il a ainsi été démontré que la migraine était responsable d'**une dépense annuelle de plus d'un milliard en coûts directs**, cette dépense étant trois fois plus élevée pour la migraine chronique. Au-delà des coûts directs, l'impact sociétal de la migraine est secondaire aux coûts indirects induits par la perte de productivité. Cette perte de productivité a permis d'estimer à **15 à 20 milliards le nombre de jour de travail annuellement perdus** en France à cause de la migraine.

3. Prise en charge de la migraine

Ces chiffres de prévalence et d'impact sont à mettre en parallèle avec ceux de la prise en charge de la migraine. Les données en population générale attestent d'un défaut de prise en charge, puisque à **peine 20 % des sujets migraineux bénéficient d'une prise en charge médicale**, 40 % ayant interrompu cette prise en charge et 40 % n'ayant jamais bénéficié d'une seule consultation spécialisée migraine. Ces données ont été confirmées en soins primaires et il a été démontré que **près de 60 % des migraineux ne sont pas reconnus en tant que tels par leur médecin généraliste** et que parmi ceux qui le sont, à peine la moitié sont traités pour cette affection. Ce déficit de prise en charge de la migraine en soins primaires explique probablement que, au-delà de la neurologie, les migraineux se retournent vers les structures de prise en charge de la douleur chronique. Ainsi, **presque**

20 % du recrutement des structures de prise en charge de la douleur chronique sont des sujets migraineux, sachant que ce pourcentage peut-être plus important et avoisine les 50 % pour certaines structures qui ont fait de la thématique migraine leur thématique principale de soins et de recherche clinique. Les migraineux chroniques en abus médicamenteux, qui représentent près de 1 % de la population générale, relèvent souvent d'une prise **en charge multidisciplinaire et multi-professionnelle** telle que celle sur laquelle repose l'organisation et le fonctionnement des structures de prise en charge de la douleur chronique.

Référence

Lanteri-Minet M., Geraud G. Epidemiology of migraine: French key descriptive data. Rev Neurol 2016; 172: 56-8

La douleur ostéoarticulaire en France

Pr Françoise LAROCHE¹, Pr Pascale VERGNE SALLE²

¹Hôpital Saint-Antoine, rhumatologie / CETD, Paris, ²Hôpital Dupuytren, rhumatologie / CETD, Limoges

Parmi les douleurs chroniques, les douleurs ostéo-articulaires et rachidiennes sont les plus fréquentes. Elles sont la 2^e cause d'années de vie vécues avec une incapacité (AVI) et la 4^e cause du fardeau des maladies¹. En Europe, 22 % de la population souffrent de douleurs musculo-squelettiques au long cours (www.eumusc.net).

1. Douleurs d'arthrose

La prévalence de la coxarthrose varie de 0.9 % à 3.9 % chez les hommes et de 0.7 à 5.1 % pour les femmes. La gonarthrose varie quant à elle de 2.1 % à 10.1 % chez les hommes et de 1.6 à 14.9 % chez les femmes. La prévalence standardisée pour les 2 sites est de 1.9 % à 4.7 % chez les hommes et de 2.5 % à 6.6 % chez les femmes². Ces estimations semblent dépendre des régions géographiques d'Europe (en parallèle avec la distribution de l'obésité), mais aussi du type d'études. Les formes symptomatiques augmentent avec l'âge surtout chez les femmes après 50 ans. Le retentissement se traduit par un handicap dans la vie quotidienne, mais aussi au travail³. La prévalence est en augmentation ces 20 dernières années et ce phénomène devrait se poursuivre avec le vieillissement de la population, l'absence de traitement curateur et l'évolution de l'obésité.

2. Lombalgie

La prévalence annuelle de la lombalgie quelle que soit sa durée est de plus de 50% en France⁴. Le pic de fréquence serait de 40 à 70 ans d'après une étude internationale⁵. Le fardeau global des lombalgies est devenu particulièrement important puisque en 2012 il s'agissait de la 1^{ère} cause d'incapacité avec un taux standardisé sur l'âge d'AVI de 3,9%, passant de 58 à 83 millions d'AVI entre 1990 et 2010¹. Dans les pays industrialisés, du fait de sa grande fréquence dans la population générale, la lombalgie est un problème majeur de santé publique à l'origine d'importantes dépenses de santé et d'interférence avec les activités professionnelles.

3. Fibromyalgie

En France, la prévalence de la fibromyalgie serait de 1,6 %, selon l'étude DEFI⁶. La fibromyalgie touche 7 à 10 fois plus les femmes que les hommes⁷. Il s'agit de la pathologie douloureuse chronique diffuse la plus fréquente.

4. Douleurs des rhumatismes inflammatoires

La goutte est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires et cette fréquence a augmenté dans les pays occidentaux ces dernières décennies, liée au vieillissement des populations et à l'épidémie d'obésité⁸. La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique destructeur. Le risque vie entière de développer une PR est de 3,6 % chez la femme et 1,7 % chez l'homme¹. Les spondyloarthrites touchent également une population jeune. La prévalence a triplé au cours des 2 dernières décennies et se situe entre 0,3 et 1,9 %¹.

Conclusion

Les douleurs ostéo-articulaires et rachidiennes représentent une proportion importante des douleurs chroniques et sont responsables de handicap dans la vie quotidienne et professionnelle. Les rhumatologues sont donc logiquement confrontés à leur prise en charge de façon courante et les Centres de la douleur pour les formes réfractaires. Le Cerce d'Etude de la Douleur en Rhumatologie (CEDR) est une association de rhumatologues français très impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique, à l'intersection des Sociétés savantes de Rhumatologie (SFR) et de la Douleur (SFETD). Un certain nombre de Rhumatologues interviennent dans les centres douleur, voire même les dirigent (CHU de Saint-Antoine, CHU Cochin, CHU Limoges, CHU de Rouen, ...). Il apparaît que des relations étroites doivent être favorisées entre ces spécialités pour optimiser la prise en charge et le parcours de soins des patients.

Références

1. Guillemin F. Evolution récente de l'épidémiologie des maladies rhumatismales. Rev Rhum 2016 ; 83S : A21-A25.
2. Guillemin F, Rat AC, Mazieres B et al. Prevalence of symptomatic hip and knee osteoarthritis: a two-phase population-based survey Osteoarthritis and Cartilage 2011 ; 19 : 1314-1322
3. Fautrel B, Hilliquin P, Rozenberg S et al. Impact of osteoarthritis: results of a nationwide survey of 10,000 patients consulting for OA. Joint Bone Spine 2005;72:235-40.
4. Rostignol M, Rozenberg S, Leclerc A. Epidemiology of low back pain : What's new. Joint Bone Spine 2009; 76 : 608-13
5. Hoy D, Bain C, Williams G et al. Systematic review of the global prevalence of low back pain. Arthritis Rheum 2012; 64: 2028-37
6. Perrot S, Vicaut E, Servant D, Ravaud P. Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of Fibromyalgia). BMC Musculoskelet Disord 2011; 12: 224.
7. Bellato E, Marini E, Castoldi F et al. Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. Pain Res Treat 2012: 42; 61-30.
8. Bardin T. Epidémiologie de la goutte. Rev Rhum 2007 ; 74 :147-9.

La douleur en France chez l'enfant et l'adolescent

Dr Justine AVEZ-COUTURIER

Hôpital Roger Salengro, Neuropédiatrie - Consultation douleur enfant, Lille

La douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent a un **impact médico-économique estimé récemment aux USA à 11.8 milliards de dollars**¹. Son épidémiologie n'est pas précisément connue en France. Des études montrent dans d'autres pays une prévalence estimée de 23 % pour les céphalées et de 11 à 38 % pour les autres localisations (abdominales, musculo-squelettiques). **En moyenne, il existerait des douleurs chroniques et/ou récurrentes chez 25 % des enfants**², avec une prédominance de jeunes filles et d'adolescents². Selon ces études, **2 à 4 % des enfants auraient une douleur sévère avec un impact important**², soit **environ 300 000 enfants en France**. En 2013, une enquête était réalisée par la SFETD dans 24 SDC à prédominance pédiatrique. Pendant 5 semaines, elle a inclus tous les nouveaux patients, soit 337 enfants, dont 59 % de filles avec une moyenne d'âge de 11 ans. **Les douleurs évoluaient depuis 6 mois à 3 ans** dans 52 % des cas. Il s'agissait essentiellement de céphalées (55 %) et de douleurs musculo-squelettiques (26 %). La majorité des patients n'avait pas de maladie chronique sous-jacente et menait une scolarité normale (88 %), mais marquée par un **absentéisme scolaire important** (pour 41 % > 5 jours par semestre et pour 22 % >16 jours). Les données étaient globalement concordantes avec celles des autres pays. En comparaison avec les SDC pour adultes, **les consultations étaient plus longues** (moyenne 70 min) et **plus souvent pluri-professionnelles** (d'emblée pour 1/3)³. Une nouvelle étude est en cours pour permettre de mieux évaluer l'impact de la douleur chronique des enfants et adolescents consultant dans les SDC pédiatriques.

La douleur est fréquente chez l'enfant et l'adolescent, la prévalence augmente avec l'âge. Les enfants et adolescents consultent pour douleur après un délai souvent supérieur à 6 mois et l'absentéisme scolaire est fréquent. L'impact est majeur.

Références

1. Groenewald CB, Wright DR, Palermo TM. Health care expenditures associated with pediatric pain-related conditions in the United States. *Pain* 2015;156(5):951-7.
2. King S, Chambers CT, Huguet A et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain* 2011;152(12):2729-38.
3. Tourniaire B, Gallo A. Douleur chronique des enfants et des adolescents : quoi de neuf ? La lettre de la SFETD 2013 ; 29 :3-4.

La douleur gériatrique en France

Pr Gisèle PICKERING

Gabriel Montpied, Centre de Pharmacologie Clinique, Clermont-Ferrand

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 17 % de la population française et les projections démographiques font état d'une augmentation de 25 % de personnes âgées de plus de 75 ans d'ici 2025. Leur nombre augmenterait de 1 million entre 2010 et 2025, et la dépendance concernerait 11 % des plus de 80 ans. Les maladies neurodégénératives, en particulier la démence et la maladie de Parkinson, affectent particulièrement la personne vieillissante et la maladie d'Alzheimer touche aujourd'hui 800 000 personnes en France (source : Conseil économique, social et environnemental – La dépendance des personnes âgées juin 2011).

La prise de conscience de l'importance de la douleur chez la personne âgée date en France des années 1980, mais il a fallu attendre 2006 pour qu'un Plan douleur intègre spécifiquement la douleur de la personne âgée dans ses composantes. Les résultats des nombreuses études épidémiologiques, ainsi que des revues rétrospectives de présentation clinique de la douleur dans divers états pathologiques somatiques et viscéraux (Helme et al., 2001 ; Breivik et al., 2006 ; Pickering et al., 2001 ; de Tommaso et al., 2016) montrent que la prévalence de la douleur chez la personne âgée est très élevée.

La douleur chronique touche 50 % des personnes âgées vivant à domicile, 49 à 83 % de celles vivant en institution et 80 % des personnes âgées en fin de vie ;
30 % des urgences gériatriques sont des douleurs aiguës.

Les études suggèrent que la douleur est la plus fréquente au cours de la phase d'âge moyen tardif de la vie, et ceci est vrai quel que soit le site anatomique ou la cause pathogène de la douleur. Les pathologies articulaires dégénératives comme l'arthrose montrent une augmentation exponentielle au cours du vieillissement. A un âge avancé, la présentation de la douleur est souvent atypique avec une réduction de la plainte douloureuse et quelquefois de l'intensité des symptômes algiques, souvent dans un contexte de déficit cognitif. La prévalence de la douleur neuropathique chez le sujet âgé (Pickering et al. 2008) a été largement sous-estimée pendant très longtemps, est évaluée à plus de 20 % dans l'arthrose (French et al., 2017) et jusqu'à 48 % de patients âgés vivant à domicile dans une étude finlandaise (Rapo-Pylkko et al., 2015). Cette prévalence élevée est importante, car la douleur neuropathique est un facteur de déclin fonctionnel avec souvent perte d'autonomie et dépendance.

Références

Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. (2006) Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 10(4):287-333.

De Tommaso M, Arendt-Nielsen L, Defrin R, Kunz M, Pickering G, Valeriani M. Pain in Neurodegenerative Disease: Current Knowledge and Future Perspectives. *Behav Neurol*. 2016;2016:7576292.

French HP, Smart KM, Doyle F. Prevalence of neuropathic pain in knee or hip osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2017 Feb 20.

Helme, R.D., Gibson, S.J. (2001) The epidemiology of pain in elderly people. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17,417-431

Pickering G and Herpes Zoster and Functional Decline Consortium. Functional decline and herpes zoster in older people: an interplay of multiple factors. *Aging Clin Exp Res*. 2015 Dec;27(6):757-65.

Pickering G, Capriz-Rivière F. Neuropathic pain in the elderly. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2008 Jun;6(2):107-14

Pickering G, Deteix A, Eschalièr A, Dubray C. Impact of pain on recreational activities of nursing home residents. *Aging (Milano)*. 2001 Feb;13(1):44-8.

Rapo-Pylkkö S et coll. : Neuropathic Pain Among Community-Dwelling Older People: A Clinical Study in Finland. *Drugs Aging* 2015; 32: 737-42.

La douleur en psychiatrie

Dr Éric SERRA¹, Dr Djéa SARAVANE²

¹ Hôpital Nord, CETD - Département Interdisciplinaire des Soins de Support pour le Patient en Oncologie (DISSPO), Amiens, ² EPS Barthélémy Durand, Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale, Autisme, Polyhandicap et Handicap génétique rare, Etampes

Dans la population française : 24 % de dépression, 1 % de schizophrénie, 1 % d'autisme¹.

L'épidémiologie de la douleur en psychiatrie : une co-morbidité fréquente.

L'expression de la douleur est altérée chez les patients psychotiques chroniques et les autistes² : la douleur ne s'accompagne pas toujours de la sensibilisation³, ni de la reconnaissance affective de l'expérience douloureuse⁴.

Des douleurs sont retrouvées chez 77 % des dépressifs. A l'inverse, 64 % des douloureux chroniques reçus en Structure Douleur Chronique présentent une dépression^{5,6}.

Dans les addictions, 89 % des patients présentent des douleurs⁶.

Prendre en considération les maladies, le risque de maladie organique et donc la douleur, maître symptôme, est une nécessité en Psychiatrie. Les comportements de santé à risque favorisent les troubles organiques⁶. Les individus psychotiques ou autistes présentent plus de maladies somatiques. L'espérance de vie est diminuée de 10 à 20 ans !⁷

Évaluer la douleur pour dépister, puis suivre les troubles organiques est essentiel.

À côté des traitements médicamenteux, les soignants de psychiatrie pratiquent les traitements non médicamenteux (TNM) : corporels, psycho-corporels, psychologiques et socio-éducatifs. Les TNM doivent être évalués, enseignés et utilisés avec rigueur⁶.

Bibliographie

1. Guelfi JD et Rouillon F. Manuel de Psychiatrie, 2ème édition. Masson-Elsevier, Paris 2012.
2. Saravane D. Les algies en psychiatrie. L'Information Psychiatrique 2009,85,4 :341-345.
3. Potvin S, Stip E, Tempier A, Pampoulova T, Bentaleb LA, Lalonde P, Lipp O, Goffaux P, Marchand S. Pain perception in schizophrenia : no changes in diffuse noxious inhibitory controls (DNIC) but a lack of pain sensitization. J Psychiatr Res 2008,42,1010-1016.
4. Wojakiewicz A, Januel D, Braha S, Prkachin K, Danziger N, Bouhassira D. Alteration of pain recognition in schizophrenia. European Journal of Pain 2013 doi :10.1002/j.1532-2149.2013.00310.x
5. Serra E. La dépression dans la douleur. Aspects cliniques implications thérapeutiques. Douleurs 2014,15:98-105.

6. Serra E, Radat F, Saravane D. Douleur en santé mentale : patient psychiatrique. UE5-Item 135-2. pp 101-107. In Perrot S. Douleur, Soins palliatifs et accompagnement, 2ème édition actualisée, Med-Line Editions, Paris 2016.
7. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014 Jun;13(2):153-60.

Douleurs gynécologiques et pelviennes en France

Dr Amélie LEVESQUE

Hôtel-Dieu, Clinique d'urologie, Nantes

Parmi les pathologies responsables de douleurs gynécologiques, l'endométriose est la plus fréquente puisqu'elle concerne une femme sur dix entre 15 et 49 ans. Elle est liée à la présence de tissu semblable à la muqueuse utérine en dehors de l'utérus. Différents organes peuvent être touchés. La maladie peut être asymptomatique. Mais dans certains cas, elle provoque des douleurs fortes (notamment au moment des règles) et/ou une infertilité¹. L'endométriose est retrouvée chez 40 % des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques. En France, 0.9 % des hospitalisations de femmes en âge de procréer sont en lien avec l'endométriose^{2,4}.

Cependant, il existe de nombreux syndromes douloureux pelviens se référant à divers organes du pelvis et du périnée et qui peuvent faire l'objet de douleurs chroniques de la femme, mais également de l'homme.

Les données épidémiologiques sont rares voire inexistantes en France, les informations regroupées dans le tableau suivant sont donc des moyennes faites à partir d'études épidémiologiques d'autres pays (principalement Europe et Etats Unis d'Amérique)⁵.

	Prévalence /100 000	Incidence 100000/an
Syndrome douloureux pelvien/prostatite chronique	10 000	330 à 378
Éjaculation douloureuse	1 000 à 4 000	230
Vulvodynies	4 000 à 4 700	NR
Dyspareunies profondes	14 000	NR
Syndrome de l'intestin irritable	2 600 à 12 000	NR
Syndrome douloureux vésical	239 à 306	210 (femmes) 4 (hommes)
Endométriose	10 000	NR

Références

1. Bazot M, Bharwani N, Huchon C et al. European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *Eur Radiol.* 2016
2. B B, KT Z, Abrao MS, Chapron C, Vaiman D. Recent insights on the genetics and epigenetics of endometriosis. *Clin Genet.* 2016
3. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update.* 2005;11:595-606.

4. Théobald PV, Cottenet J, Iacobelli S, Quantin C. Étude de prévalence de l'endométriose à la Réunion et en métropole à partir du PMSI. *Revue d'Épidémiologie et de santé publique*. 2015;63:17.
5. Sibert L, Rigaud J, Delavierre D, Labat JJ. [Chronic pelvic pain: epidemiology and economic impact]. *Prog Urol*. 2010;20:872-885.

Les douleurs digestives en France

Pr Jean-Marc SABATÉ

Hôpital Avicenne, Gastroentérologie, Bobigny

Les douleurs digestives représentent un motif fréquent de consultation en médecine générale et en gastroentérologie. Ces douleurs, parfois présentes comme un des symptômes dans différentes maladies digestives et non digestives, sont au premier plan des maladies fonctionnelles du tube digestif. Parmi celles-ci, on retrouve notamment la dyspepsie et le syndrome de l'intestin irritable (SII) qui concernent chacune 5 % à 10 % de la population générale^{1, 2}. **Le SII, qui associe douleurs abdominales et troubles du transit, a une prédominance féminine (2/1) et concerne le plus souvent des adultes jeunes, même s'il peut être présent dès l'enfance ou l'adolescence et toucher aussi des patients plus âgés³.** Bien qu'il s'agisse d'une pathologie bénigne, la prise en charge du SII est souvent difficile tant pour la démarche diagnostique que pour la prise en charge thérapeutique. Cette maladie, dont la physiopathologie est multifactorielle, peut entraîner notamment dans les formes de sévères qui représentent jusqu'à 20 % des cas, une altération importante de la qualité de vie, comparable à celle de maladies chroniques non digestives telle que la dépression, le diabète insulino-requérant, et même l'insuffisance rénale chronique au stade de dialyse⁴. Cette maladie souffre d'un manque de reconnaissance et les patients qui en souffrent sont souvent isolés. Pour beaucoup de patients, les traitements sont d'efficacité modeste et de ce fait, ils utilisent souvent simultanément ou successivement différentes stratégies thérapeutiques et notamment des traitements alternatifs comme l'hypnose. Une grande partie des coûts est supportée par les patients eux-mêmes, peu de traitements bénéficiant d'une prise en charge même partielle. Les coûts directs (consultations, examen, médicaments) et indirects (arrêt de travail, présentéisme) du SII sont importants pour la société et aux USA sont considérés de même ordre que ceux de l'hypertension artérielle⁵.

Une meilleure connaissance des causes et mécanismes de ces douleurs digestives grâce à des financements institutionnels de la recherche, une reconnaissance de l'impact de ces pathologies fonctionnelles pour les patients et leurs proches, une amélioration des parcours de soins avec une meilleure formation des médecins, un remboursement partiel de certains traitements et un accès aux nouvelles molécules, représentent les enjeux et défis pour les années à venir.

À retenir :

- Une personne sur 10 souffre du syndrome de l'intestin irritable ou de dyspepsie
- Pathologie peu reconnue et sans test diagnostic, elle induit souvent une surmédicalisation avec la réalisation d'explorations inutiles ou répétées et anxiogènes
- L'automédication ou l'utilisation des traitements alternatifs sont fréquentes et les dépenses non prises en charge grèvent le budget des patients
- Il faut avancer dans la recherche sur les douleurs digestives

Références

1. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2016 Feb 18;
2. Le Pluart D, Sabate J-M, Bouchoucha M, Hercberg S, Benamouzig R, Julia C. Functional gastrointestinal disorders in 35,447 adults and their association with body mass index. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015 Apr;41(8):758–67.
3. Dapoigny M. [Irritable bowel syndrome: epidemiology/economic burden]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2009 Feb;33 Suppl 1:S3-8.
4. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*. 2000 Sep;119(3):654–60.
5. Cash B. Economic impact of irritable bowel syndrome: what does the future hold? *Am J Manag Care*. 2005 Apr;11(1 Suppl):S4-6.

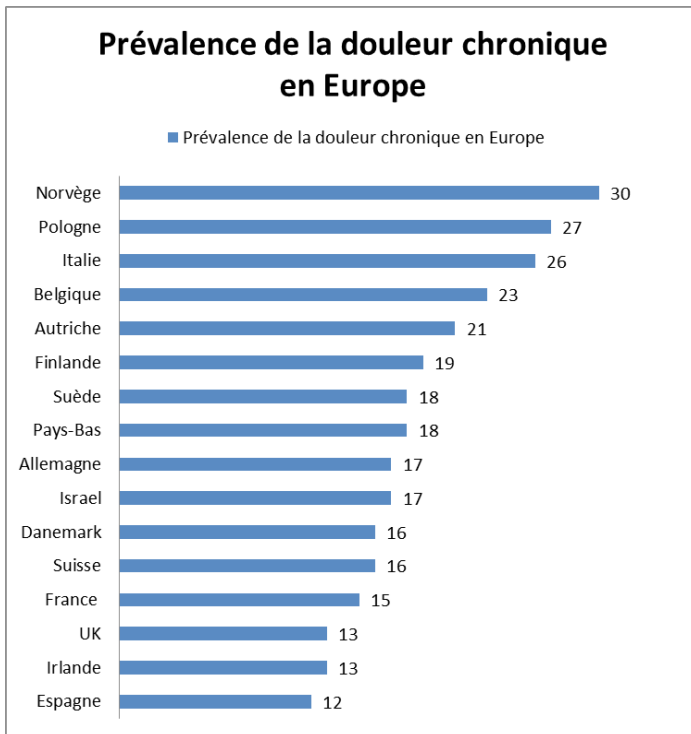
La douleur en Europe

Dr Virginie PIANO

Centre hospitalier de la Dracénié, médecine interne, Draguignan

1. Introduction

La douleur chronique est une discipline récente dans le domaine médical. Elle s'est implantée dans les pays anglo-saxons et en France dès les années 90. En Europe, la France a été une pionnière en recherche, enseignement et en clinique.¹ La douleur chronique affecte environ **100 millions de personnes en Europe**.² Le pourcentage du produit national brut en Europe dépensé dans les systèmes de soins national et les coûts socioéconomiques associés à la douleur en Europe était de **3 à 10 %** en 2008.³ L'impact sur la productivité est important avec **19 % de patients qui ont perdu leur emploi**.⁴



D'après Breivik *et al.*, Eur J Pain, 2006 : 287-333.

1 Livre blanc de structures douleur, SFETD, 2015

2 Breivik *et al.* Eur J pain 2006 : 10(4) :287-333.

3 Rattery *et al.* Journal of Pain 2012 ;13(2) :139-145

4 Breivik, Eur J pain, 2006 : 287-333

2. Les recommandations de bonne pratique « douleur chronique » en Europe

Les recommandations de bonne pratique sont un document de référence pour les soignants, fondée sur la revue de la littérature témoignant de la qualité des soins. En 2010, une étude a fait la revue de toutes les recommandations de la douleur en Europe. Trente sur 38 pays en Europe avaient répondu à cette étude.⁵ Sur les 20 recommandations existantes, **5 étaient publiées** par la France.⁶ De plus, il s'agissait des recommandations ayant **la plus haute qualité méthodologique** de production.

3. La formation en douleur chronique en Europe

Lors du programme européen de l'EFIC, nous avons recherché les formations spécifiques en douleur et douleur chronique en Europe. Si l'Allemagne, les Pays-Bas ou la Grande-Bretagne avaient une formation spécifique de la douleur, **seule la France** avait une **formation diplômante complète** comportant un volume d'enseignement théorique et pratique sur deux ans.⁷ Elle possède aussi une **formation spécifique** pour les infirmiers et a permis la création du référentiel de l'« **infirmier ressource douleur** », inexistant en Europe. Enfin, la France accueille de **nombreux étudiants** et chercheurs étrangers qui se forment de plus en plus dans nos structures et laboratoires de recherche en douleur.

4. Modèles de structures « douleur chronique » à l'étranger

Il existe plusieurs modèles :

4. 1. Le parcours patient (Pays-Bas)

Il s'agit d'un **parcours de soins** type pour tous les patients souffrant de douleur chronique avec un certain nombre de consultations pluridisciplinaires (infirmière, psychologique, kinésithérapie) et discussions de techniques particulières (infiltrations, neurostimulation, etc.). Cette prise en charge met de côté les patients ayant trop de comorbidités ou de difficultés.

4. 2. La consultation de synthèse (Suède, Pays-Bas)

Il s'agit d'inviter le patient lors d'une demi-journée à rencontrer différents intervenants (médecin, psychiatre, psychologue, infirmier, etc...) qui font une **évaluation complète de la douleur** et remettent un **compte-rendu complet** au médecin traitant. Le patient n'est pas suivi et la prise en charge reste à organiser par le médecin traitant et par des soignants pas forcément formés à la douleur chronique.

⁵ Piano *et al.* Pain practice, 2013.

⁶ Piano *et al.* Douleurs : évaluation, diagnostic, traitement. 2015

⁷ Core curriculum for the european diploma in pain medicine www.pae-eu.eu

4. 3. Le programme de réhabilitation ou cohortes de patients

Chaque structure de la douleur chronique développe sa propre spécificité selon la population de patients avec un **programme de réhabilitation** sur un an (*pain management programme* en Grande-Bretagne). Il y a peu de place à la prise en charge personnalisée du patient.

La France propose un **réseau de structures spécialisées** avec du **personnel formé à proximité** de la population **d'évaluation, de diagnostic et de prise en charge** permettant le **suivi** et regroupant tous les modèles précités.⁸

La douleur en Europe

Points forts

- Une **culture « douleur chronique »** bien implantée, en avance sur les pays européens
- Un **programme de formation complet** et une **expertise reconnue**
- Une **participation active** des programmes européens de la douleur
- Une **prise en charge** au plus près du patient, disponible pour tous et efficiente

Risques

- **Perte de vitesse** de la France par rapport aux autres pays européens sur l'enseignement et la recherche
- Menace de la pérennité des structures et **recul de la qualité de prise en charge en France**
- Augmentation de la part de **financement par les patients**
- **Difficulté d'accès à des traitements innovants** (tapentadol, sativex, botox pour les migraines...) disponibles en Europe mais pas en France

Propositions

- **Donner les moyens humains** pour **participer aux projets européens et internationaux** en douleur chronique pour garder notre place de référents en recherche et en clinique
- **Donner les moyens financiers** de poursuivre la **rédaction de recommandations** de bonne pratique
- **Donner l'accès aux traitements innovants** pour tous pour une médecine égalitaire

⁸ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf



Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

Partie 2

Les défis de la douleur en France

Le parcours de soins en douleur chronique : un *parcours de santé* qui doit être formalisé

Dr Gérard MICK

Centre Hospitalier, CETD, Voiron

1. Le parcours de soins du douloureux

Un parcours de soins est au sens littéral la succession des actions de soins menées au bénéfice d'un patient, de façon cohérente et dans le cadre de référentiels ou à défaut de consensus basés sur des preuves scientifiques. Développé dans le domaine des pathologies chroniques, où il est souvent assujéti à des données objectives d'évaluation d'une situation à un instant donné pour orienter vers le type de soin spécifique le plus adapté, ce concept doit être élargi dans le domaine de la douleur chronique à celui de *parcours de santé* : c'est la prise en compte des déterminants biopsychosociaux et de leurs intrications qui doit être au premier plan. On peut certes, dans certains cas, considérer le parcours de soins d'un patient douloureux chronique selon la pathologie dominante, à partir des référentiels validés, comme en oncologie, en soins palliatifs, en neurologie pour les céphalées chroniques quotidiennes, ou en rhumatologie pour les douleurs arthrosiques. Cependant, de façon générale, lorsqu'il s'agit d'une douleur chronique où la problématique étiologique est complexe et ses multiples composantes imbriquées aux déterminants médicaux, la notion de parcours devient plus *systémique* et organisationnelle et non uniquement centrée sur les soins, s'appuyant alors avant tout sur l'expérience clinique, en particulier des structures de la prise en charge de la douleur chronique (SDC). Il devient aujourd'hui nécessaire de formaliser une telle approche en tenant compte des apports récents concernant les parcours de santé au sens large, comme ceux des personnes en situation complexe ou en perte d'autonomie.

2. Quels intervenants ?

Le début d'une pathologie chronique, qui signe théoriquement le début du parcours de soins, n'est pas strictement transposable au domaine de douleur, notamment en matière de chronicisation ni en termes étiopathogéniques, quant à un mécanisme physiopathologique initialement algogène s'associe pratiquement toujours de façon au moins aussi prégnante à des problématiques psychique et sociale. On peut par commodité considérer le début du parcours du patient douloureux chronique au moment où celui-ci bénéficie d'une lecture globale de sa situation, ou quand l'ensemble des déterminants biopsychosociaux sont pris en compte, tant dans leur aspect causal qu'au niveau de leur prise en charge. Le parcours d'un patient douloureux chronique se caractérise alors par une multiplicité dimensionnelle : *situationnelle*, au regard de la lecture biopsychosociale ; *relationnelle*, au regard du nombre et de la diversité des intervenants ; *thérapeutique*, au niveau des divers champs (sanitaire médicosocial, social) concernés ; *référentielle*, avec pour triple pivot médecin traitant, médecin de la SDC, et entourage. Si la définition classique suggère d'identifier l'entrée dans la douleur chronique après 3 mois de persistance d'une douleur initiale rebelle aux prises en charges conventionnelles, il est donc nécessaire de relativiser cette posture. Par ailleurs, on doit distinguer les situations du ressort de pathologies d'organes en cancérologie, rhumatologie, neurologie, où des pathologies nosologiquement définies sont au premier plan et des parcours spécifiques avec des protocoles validés applicables.

En terme institutionnel, le parcours au sein de la structure SDC, qui ne représente qu'une fraction du parcours de santé proprement dit, est logiquement organisé sur la base d'une première évaluation multidimensionnelle par un médecin évaluateur, ou éventuellement en binôme avec un psychologue, puis complétée ou non par une évaluation infirmière qui prend en compte divers aspects complémentaires souvent non évoqués spontanément ou même sur incitation par le patient au cours de la première évaluation médicale, puis enfin selon les cas une évaluation psychologique complémentaire (elle-même souvent amenée par la consultation infirmière lorsque la consultation médicale ne l'a pas permis).

3. Quelles prises en charge par l'équipe douleur ?

La référence de parcours en douleur chronique est a priori basée sur le binôme médecin traitant/médecin évaluateur de la douleur chronique (en SDC), l'espace de soins/prise en charge étant bidimensionnel : en *institution* par l'équipe dédiée de la SDC et éventuellement des spécialistes effectuant des actes techniques, en *ambulatoire* par les professionnels de soins primaires (médecin généraliste, infirmières et kinésithérapeutes essentiellement) avec éventuellement des professionnels de second recours (spécialistes libéraux). Idéalement, lors de la première évaluation de la douleur chronique en tant que telle, en SDC, une *feuille de route* est élaborée avec le patient, tenant compte de son projet de vie et de ses attentes et préférences. Elle définit une véritable arborisation de la prise en charge auprès de *divers acteurs soignants et non soignants sollicitables*, l'approche étant pratiquement toujours *multimodale*. Les diverses modalités de prise en charge sont effectuées *de façon parallèle*, prenant sens en terme de parcours pour le patient comme pour les professionnels que si elle est sous-tendue par : 1) une *cohérence de posture*, tant vis-à-vis du diagnostic que des choix thérapeutiques et de prise en charge ; 2) une *concertation* si possible, ou à défaut un partage/échange, induisant que l'un des acteurs sollicités adresse aux référents et à tous les autres acteurs une information sur ce qu'il a réalisé et constaté dans le cadre de la feuille de route. La pluralité des approches impose, par ailleurs, une gestion chronologique de la mise en œuvre de celles-ci, qui peut être *adaptée au fil de l'eau* et nécessiter un véritable *cahier de route* recensant la nature des actes, la date de leur réalisation, et les attendus dont le mode d'évaluation du résultat. La feuille de route permet en outre de stratifier les objectifs, afin de prioriser certains d'entre eux tout en positionnant les autres prises en charge en parallèle. Les *objectifs* ne sont pas ici, à l'issue du parcours, une amélioration de l'état pathologique ou un évitement des complications, mais une amélioration de la qualité de vie, une réduction du handicap, et une réappropriation de l'autonomie sociale. A cette feuille de route et dans ce parcours, dont la durée est forcément de plusieurs mois à plusieurs années, se superposent des situations d'urgence ou d'*acutisation*, pour lesquelles il s'agit de protocoliser a minima la réponse à réaliser en proximité, en particulier par le médecin traitant, éventuellement les services d'urgence. Ces aléas ou fluctuations, sans protocole validé et partagé par la communauté médicale le plus souvent, incitent à s'appuyer sur un document formalisé préparé par le référent de la SDC.

4. Des actions coordonnées médico-sociales

Un troisième espace signifiant intervient toujours en douleur chronique, parallèle et souvent disjoint des deux autres, celui du monde médicosocial et professionnel et impliquant médecin du travail, médecin-conseil, et médecins de l'autonomie au sein des MADPH. En effet, dans le domaine des soins, un médecin prescrit et propose, puis les intervenants médicaux et paramédicaux mettent en œuvre, alors que dans le domaine médico-social et médico-professionnel (CPAM, MDPH, médecine du travail), le médecin statue et pose un cadre réglementé qui classe

le patient au regard de ses aptitudes et de ses droits. Il est rare que ces différents acteurs médicaux suivent une même feuille de route, au regard d'objectifs et de contraintes différentes : très souvent, bien qu'étant du même milieu (sanitaire), les uns œuvrent dans les soins et ne font que constater l'évolution de l'identité sociale du patient sans y contribuer, les autres œuvrent et façonnent cette identité tout en constatant les soins sans y prendre part. Cette dichotomie de posture et de contribution est à l'origine de nombreuses distorsions de parcours, ce qui impose de mettre en œuvre des modes de concertation systématique en amont des évaluations.

Médecine générale et douleur

Dr Virginie PIANO

Centre hospitalier de la Dracénie, médecine interne, Draguignan

1. Introduction

La médecine générale a **toujours eu un lien très étroit** avec la douleur. Ce sont les médecins généralistes que les patients consultent en premier pour une douleur (63 % des motifs de consultation).¹ Ce sont les médecins généralistes qui adressent leurs patients en structure de prise en charge de la douleur chronique (SDC).² Ce sont encore les médecins généralistes qui comptent parmi les 44 % des médecins de la douleur à la SFETD.³ Ce sont les internes en médecine générale qui s'inscrivent au Diplôme d'Etude Complémentaire Spécialisée (DESC) médecine de la douleur – médecine palliative. Enfin, ce sont les internes en médecine générale qui soutiennent chaque année plusieurs thèses sur le thème de la douleur chronique.⁴ Ces deux disciplines ont **en commun** l'intérêt de l'examen clinique, la connaissance du patient dans son environnement et une prise en charge biopsychosociale.

2. Former les futurs médecins généralistes

Les médecins généralistes bénéficient, depuis 2006, de **l'enseignement d'un module** pour l'examen classant national portant sur la douleur chronique.⁵ Leur formation peut être complétée, pour ceux qui le souhaitent, par un **diplôme universitaire** ou ils peuvent se spécialiser avec la **Capacité d'évaluation et de traitement de la douleur ou le DESC médecine de la douleur – médecine palliative**. Enfin, ils peuvent recevoir des formations sur la douleur tout au long de leur carrière dans le cadre du **développement personnel continu**. On note une véritable amélioration de la prise en charge des douleurs chroniques avec l'utilisation des recommandations de bonne pratique. Cependant, à l'heure où la consultation du médecin généraliste reste autour de 25 euros, où le temps de consultation est d'environ 15 minutes, où la prévalence des douleurs chroniques monte avec la démographie, et la limitation de certaines thérapeutiques pour le médecin généraliste (neurostimulation transcutanée, capsaïcine, et autres), l'accès à une SDC reste une nécessité.¹⁴ La disparition du DESC, remplacé par une **Formation Spécialisée Transversale (FST)** « douleur », peut être demandée durant le Diplôme d'Etude Spécialisée de nombreuses disciplines, dont la médecine générale. Là encore, c'est la médecine générale qui va aider à organiser la FST douleur.

1 Boccard. Ann Fr Med Urg. 2011

2 Enquête HAS le syndrome douloureux chronique 2009

3 Enquête AFJSDP 2014

4 D'après le SUDOC

5 Livre blanc des structures douleur, SFETD, 2015

6 DREES, 2009

Malheureusement, le manque de médecins généralistes et l'arrêt du DESC douleur risquent de **limiter le nombre d'internes** motivés pour une formation en douleur chronique et donc, **ne plus assurer le renouvellement** des médecins de la douleur.

3. Favoriser l'accès aux structures douleur

Le **délai d'attente** pour l'accès à une SDC est d'environ de 2 à 26 semaines.⁷ Afin de pouvoir aider le médecin généraliste pour un avis « douleur » dans un délai raisonnable, la SFETD a proposé un « **coupe-file** » qui, selon les pathologies ou l'âge du patient, hiérarchise le délai avant d'obtenir un RDV de consultation en SDC. Malheureusement, **la modification de la carte géographique des régions** a créé des territoires médicaux immenses et la fermeture de SDC est de plus en plus discutée. Le délai d'attente risque de s'aggraver et les médecins généralistes devront gérer leurs patients seuls, **renforçant l'isolement** pour le médecin et pour son patient.

4. Place de la douleur chronique en médecine générale

Le niveau de formation des médecins généralistes conditionne directement la structuration des SDC. En effet, leur formation initiale et continue permettent de prendre en charge la majorité des patients algiques. Lorsque la situation du patient devient **complexe** (précarité, addiction, trouble psychique, pharmacorésistance, iatrogénie ou tout simplement, un problème de diagnostic à poser), l'accès aux SDC devient nécessaire. Le patient arrive donc souvent en SDC après **plusieurs années (en moyenne 5 ans après le début des douleurs)** ; ce qui rend la prise en charge difficile et limitée quand on sait que la prise en charge précoce de la douleur permet d'éviter la chronicité.⁸ La diminution du nombre d'heures d'enseignement sur la douleur chronique, la disparition des DESC (non qualifiants) et des capacités, vont donc directement induire une **diminution de la qualité des soins** et aggraver le délai de prise en charge.

Médecine générale et douleur

Points forts

- C'est de la **médecine générale** qu'émane la majorité des médecins de la douleur
- **La formation** initiale et continue sont **variées et plurielles** laissant le choix aux praticiens de tout âge de se former
- **L'intérêt des internes** de médecine générale pour la douleur chronique
- Une **prise en charge** au plus près du patient, disponible pour tous et efficiente

Risques

- **Perte de médecins spécialisés en douleur chronique**
- **Réponse trop tardive** des SDC pour la demande du médecin généraliste et **perte de chance** pour le patient

7 Livre blanc des structures douleur, SFETD, 2015

8 Enquête HAS sur le syndrome douloureux chronique, 2009

Propositions

- **Donner les moyens** organisationnels pour continuer la formation spécialisée des médecins généralistes en douleur chronique
- **Valoriser financièrement la consultation de douleur chronique** et assurer la pérennité des consultations dans les établissements
- **Mettre en place le « coupe-file »** dans toutes les SDC pour un accès plus juste aux consultations et aux centres

Douleur aiguë et douleur post-opératoire : état des lieux et propositions

Pr Frédéric AUBRUN

Hôpital de la Croix-Rousse, Dépt d'Anesthésie-Réanimation, Lyon

1. Incidence

1. 1. Les douleurs aiguës

Bien qu'ayant valeur de « signal d'alarme », de symptôme aidant au diagnostic, les douleurs aiguës doivent être traitées efficacement. C'est notamment le cas pour les douleurs aiguës post-opératoires, les douleurs aiguës traumatiques. Un traitement rapide et efficace de ces douleurs a un impact immédiat en participant au confort du patient et en réduisant les morbidités péri-opératoires et péri-traumatiques. Ce traitement est également un facteur important de prévention du développement de la douleur chronique (tableau 1).

Plus de 11 millions de patients ont été anesthésiés en 2010 selon des données PMSI, soit une augmentation de 43 % depuis la dernière enquête publiée en 1999 [1]. Les actes ambulatoires représentent 44 % de l'ensemble des anesthésies [2]. Malgré les progrès réalisés depuis plus de 20 ans sur les techniques et stratégies analgésiques, près de 90 % des patients interrogés lors d'une enquête réalisée en 2008 déclarent avoir été douloureux en postopératoire. Pour deux tiers des patients, la douleur était continue et pour 1/3 d'entre eux, intermittente. Ce qui est le plus préoccupant est que près de 90 % des patients déclarent avoir souffert sur les premières 24 heures postopératoires au repos, ces résultats étant identiques quelle que soit la structure enquêtée : CHU, CHG et structures privées de taille variable [3].

1. 2. Les douleurs liées aux soins

Elles sont provoquées par de nombreux soins (pansements, pose de sondes, perfusion), certains examens complémentaires (endoscopie, ponction lombaire...) ou la simple mobilisation du patient. Elles sont dites « procédurales ». Les situations qui les engendrent doivent être identifiées et conduire à la mise en place de protocoles de prévention.

1. 3. Les douleurs chroniques post-chirurgicales (DCPC)

Elles se manifestent par des douleurs persistantes dans la région du site opératoire, qui se prolongent plus de 2 mois après l'intervention. Ce type de douleur n'a pas d'autre cause identifiée que la chirurgie, ni lien avec une douleur préopératoire. La prévalence de la DCPC varie de 10 à 30 % des patients opérés justifiant en moyenne 20 % des motifs de consultation en SDC. Des DCPC concernent par exemple des patients qui ont été opérés d'une chirurgie de genou (arthroplastie ou même arthroscopie), de chirurgie thoracique ou mastectomie... La part neuropathique de ces dou-

leurs varie de 6 à 68 % selon les types d'actes chirurgicaux [4]. Il s'agit d'un problème important de Santé Publique du fait de l'errance diagnostique et thérapeutique alors qu'un traitement adapté et précoce peut permettre de réduire significativement l'inconfort des patients. Selon une étude européenne, l'incidence d'une DCPC modérée à sévère à 12 mois est proche de 12 % [5]. Quant aux données nord-américaines, un audit réalisé en 2011 sur la douleur aux Etats Unis et sa prise en charge a permis de souligner que le cout total annuel de la douleur, de ses conséquences et de sa prise en charge était d'environ 600 milliards de dollar pour 100 millions d'Américains impactés, soit le double du cout inhérent aux maladies cardiovasculaires [6]. Si l'on se réfère aux chiffres précédemment cités, le cout des DCPC est particulièrement élevé alors qu'une prise en charge adaptée des patients, dans le cadre d'un parcours de soins cohérent pourrait réduire l'inconfort mais aussi les arrêts de travail qui constituent une dépense majeure en termes de santé publique.

2. Les recommandations de la SFAR en douleur post-opératoire

Depuis l'audit de 1994, soulignant les insuffisances majeures dans la prise en charge de la douleur postopératoire [7], près de 15 référentiels ont été publiés par la SFAR, tant sur la prise en charge de la douleur chez l'adulte que chez l'enfant. En quinze années, la prise en charge de la DPO a progressé avec une meilleure identification des facteurs de risques de DPO sévère ou encore de patients les plus vulnérables au développement d'une DCPC. La multimodalité permettant l'épargne morphinique est devenue incontournable et les alternatives à la voie injectable ont émergé, améliorant le confort des patients. Les infiltrations et les techniques d'anesthésie loco-régionale ont démontré leur efficacité.

3. Les propositions d'actions de correction

Outre la diffusion certainement insuffisante de ces référentiels, leur application reste incertaine et insuffisamment évaluée en termes notamment d'EPP. De même, la DPO des populations vulnérables, par exemple aux âges extrêmes de la vie, doit être mieux soulagée avec l'élaboration de protocoles issus d'une réflexion et d'un travail **pluridisciplinaire**. Toutefois, ces protocoles ne peuvent être mis en œuvre sans la participation des patients qui doivent être tenus informés des méthodes d'évaluation de leur douleur et des techniques d'analgésie qui leur sont proposées. La communication entre les acteurs de soins et les patients est un préalable indispensable à toute stratégie d'amélioration de la prise en charge des douleurs aiguës, en particulier postopératoires.

Tableau 1 : d'après l'éditorial de l'IASP (International Association for the Study of Pain).
www.iasp-pain.org. What Is the Problem? Global Year against Pain 2010.

Tableau 1 : Impact de la douleur aiguë non contrôlée

Sur le plan clinique

- Cicatrisation retardée en raison d'une augmentation de la tonicité sympathique
- Risque accru de morbidité pulmonaire, y compris de pneumopathie due à une respiration altérée par la douleur
- Risque accru de thrombose
- Risque accru de la mortalité
- Stress hyperadrénergique avec hypertension artérielle

Concernant le patient

- Souffrance inutile
- Sommeil de mauvaise qualité
- Rétention urinaire
- Mobilité ou respiration limitée et faible autonomie du patient
- Peur et anxiété
- Incapacité partielle ou totale inutile avec perte de productivité au travail
- Rétablissement plus lent de la fonction normale et altération du mode de vie
- Qualité de vie réduite durant le rétablissement du patient

Sur le plan administratif

- Durée accrue du séjour en unité de soins intensifs ou à l'hôpital
- Taux plus élevés de complications et de coûts associés
- Risque accru de développement d'une douleur chronique avec les coûts de soins de santé en découlant
- Implication selon laquelle un mauvais contrôle de la douleur équivaut à une mauvaise qualité des soins

3. 1. Améliorer la communication avec le patient

Un outil permettrait d'améliorer la communication : le « **passport douleur** », document papier ou électronique qui regrouperait à l'image du passeport remis en chirurgie ambulatoire, les principales informations sur les outils d'évaluation de la douleur, le traitement antalgique médicamenteux ou non médicamenteux.

3. 2. Améliorer la communication entre les acteurs de soins en charge du patient au sein d'un établissement

Dans le cadre du parcours patient en structure de soins, **il s'agit d'identifier les patients les plus vulnérables à la douleur** (à risque de développer des douleurs postopératoires sévères ou chroniques post-chirurgicales). Les « fondamentaux » doivent être connus de tous : A titre d'exemple, les outils d'évaluation de la douleur, en particulier chez le patient non communiquant, doivent être enseignés à tous les acteurs hospitaliers par le biais de formations obligatoires (notamment

pour les internes en médecine, en pharmacie et en chirurgie) et régulières. Des protocoles de prise en charge doivent être rédigés pour les âges extrêmes de la vie.

3. 3. Améliorer la communication avec la Médecine de ville

Une des pistes d'amélioration de la qualité de la prise en charge consiste à **améliorer la formation des médecins de ville à la gestion de la douleur**, qui pourraient ainsi alerter les acteurs de soins à l'hôpital ou en établissement privé de l'existence de facteurs pouvant augmenter la vulnérabilité des patients tels que la prise d'opioïdes au long cours ou l'existence d'une douleur préopératoire modérée à sévère. A titre d'exemple, plus de 63 % des patients sont douloureux en préopératoire et 35 % décrivent des douleurs chroniques préopératoire de plus d'un an [3]. De même, les médecins de ville seraient aptes à prendre de relais des équipes hospitalières lors du retour à domicile des patients opérés, notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire ou de la RAC. Les protocoles antalgiques leur seraient communiqués, les médecins ayant la compétence suffisante pour adapter les traitements en fonction du degré de souffrance des patients. Cette fluidité instaurée dans le chemin clinique contribuerait à réduire le risque de douleur persistante, qui constitue un enjeu de Santé Publique. Enfin, les médecins de ville pourraient adresser en SDC des patients douloureux chroniques rebelles qu'ils diagnostiqueraient avant que cette douleur ne s'installe réellement dans la durée, ce qui permettrait de réduire les risques d'errances diagnostiques et thérapeutiques.

3. 4. Mettre en place des indicateurs de suivi

À l'image des critères IPAQSS de la HAS appliqués par exemple à la chirurgie ambulatoire, il s'agit de suivre certains indicateurs de qualité qui concernent en particulier la transmission des informations entre les différents acteurs de soins. Un des objectifs consiste à réduire l'errance diagnostique et thérapeutique des patients souffrant par exemple de DCPC. La réalisation d'audits réguliers, la consommation en antalgiques, la traçabilité des réunions organisées avec les différents acteurs de soins et avec les médecins de ville constituent d'autres pistes à explorer.

Douleurs post-opératoires

Points forts

- La prise en charge de la DPO s'est significativement améliorée alors que 11 millions de patients ont été anesthésiés en France en 2010.
- De nombreuses recommandations ont été publiées depuis 1997 avec une personnalisation progressive des protocoles d'analgésie périopératoire.

Risques

- La diffusion des référentiels reste insuffisante et les populations vulnérables encore mal prises en charge.
- La douleur chronique post-chirurgicale est sous diagnostiquée avec une errance thérapeutique dont le coût en Santé publique est très largement sous-évalué.

Propositions

- Le patient doit être acteur de sa prise en charge : il doit être mieux informé.
- La communication et la formation doivent être fortement améliorées au sein d'une même structure. Cette disposition concerne également les acteurs de premier recours : médecin traitant, pharmacien, professions paramédicales. La démarche d'une prise en charge optimale est nécessairement pluridisciplinaire.
- Des indicateurs de suivi, en particulier pour les populations les plus vulnérables (par exemple aux âges extrêmes de la vie) doivent être implémentés.

Références bibliographiques

1. Dadure C et al. One year of anaesthesia in France : a comprehensive survey based on the national medical information (PMSI) database. Part 1 : in-hospital patients. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2015 ; 34 : 191-7.
2. Marie A et al. One year of anaesthesia in France : a comprehensive survey based on the national medical information (PMSI) database. Part 2 : out-hospital patients. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2015 ; 34 : 199-204.
3. Fletcher D et al. Evaluation des pratiques sur l'analgésie postopératoire en France : enquête nationale avec analyse des différences de pratique selon le type d'établissement. *Ann Fr Anesth Réanim* 2008 ; 27 : 700-708.
4. Martinez V et al. Douleurs chroniques postchirurgicales. *Ann Fr Anesth Réanim* 2013 ; 32 : 422-35.
5. Fletcher D et al. Chronic postsurgical pain in Europe. *Eur J Anaesthesiol* 2015 ; 32 : 725-34.
6. Relieving pain in America. A blueprint for transforming prevention care, education, and research. Institute of medicine. www.nap.edu. Washington 2011. pp364.
7. Poisson-Salomon AS, Brasseur L, Lory C, Chauvin M, Durieux P. [Audit of the management of postoperative pain]. *Presse Med*. 1996; 25: 1013-7.

La douleur chronique post-opératoire

Sophie BAUDIC¹, Pr Valeria MARTINEZ²

¹ Hôpital Ambroise Paré, Inserm U987 / CETD, Boulogne-Billancourt, ² Hôpital Raymond Poincaré, Anesthésie, Garches

1. La douleur chronique post-opératoire est un problème fréquent sous-estimé

La douleur chronique postopératoire (DCPO) est une douleur persistante de plus de deux mois, qui survient après l'intervention, sans lien avec une complication chirurgicale ou la douleur préopératoire. Elle est fréquente et concerne 5 à 30 % des patients opérés, [1, 2] parmi lesquels 5 à 10 % développent des douleurs sévères avec un fort retentissement socioprofessionnel. Le nombre de nouveaux patients douloureux chroniques serait de plusieurs dizaines de milliers si l'on considère les 9 millions d'interventions réalisées en France chaque année. La majeure partie des douleurs chroniques postopératoires est liée à une lésion nerveuse lors de la chirurgie et donne lieu à des douleurs neuropathiques qui, une fois installées, sont difficiles à traiter [3].

2. Qui sont les personnes concernées par une douleur chronique postopératoire ?

Chacun d'entre nous peut développer une douleur chronique postopératoire à l'issue de l'intervention. La DCPO survient quel que soit le type de la chirurgie (fonctionnelle, vitale), la gravité de la pathologie (bénigne ou grave), et le tissu opéré (os ou tissu mou). Cependant, la chirurgie d'exérèse ou de reconstruction du sein ou encore la thoracotomie sont les plus à risque de provoquer une DCPO [2]. Des chirurgies plus banales, comme la chirurgie d'hernie inguinale ou de sphénectomie, posent également problème en raison de leur fréquence au sein de la population générale [4]. Les facteurs de risque sont organisationnels et techniques : l'incidence de DCPO serait plus faible dans les établissements de santé avec un fort débit de patients, dépendrait de l'expérience et de la technique du chirurgien [5, 6]. Enfin, il existe des facteurs individuels de vulnérabilité à la douleur. Tous ne sont pas encore identifiés et leur poids dans le développement des DCPO n'a pas encore été déterminé, mais il apparaît que les facteurs génétiques, psychologiques, ainsi que l'histoire douloureuse du patient ont un rôle prépondérant [7].

3. Quels sont les impacts de la DCPO ?

3. 1. Impact individuel

Les douleurs chroniques postopératoires sont invalidantes, elles retentissent sur la qualité de vie, le moral et l'activité professionnelle. Le coût socio-économique est élevé, car les patients développent un handicap fonctionnel, des troubles du sommeil, de l'humeur, une anxiété, une consommation accrue de soins médicaux et sont souvent en arrêt de travail [8, 9].

3. 2. Impact sociétal

Les chiffres qui nous proviennent des Etats-Unis sont évocateurs. Un retard de diagnostic de 10 mois induit un coût indirect de près de 30 000 dollars/an par patient [8]. Plus de 50 % des patients sont en arrêt d'activité et deux tiers présentent un état dépressif. Nous ne disposons pas de chiffres en France, mais le retour de notre expérience tend à confirmer ces données.

4. Quel est le parcours idéal du patient avec une DCPO ?

4. 1. Un dépistage précoce des patients à risque est à organiser

La possibilité d'identifier les individus à risque de développer une douleur chronique postopératoire permettrait : 1) d'anticiper le développement de la douleur chronique d'autant plus que la prévention est en général plus efficace que le traitement de la douleur ; 2) d'intervenir auprès du patient en amont de la chirurgie ; 3) d'améliorer les procédures chirurgicales en sélectionnant une voie d'abord et des techniques chirurgicales moins à risque. Les patients « dépistés » pourraient bénéficier d'une prise en charge multimodale (anesthésie loco-régionale couplée à une administration d'agents anti-hyperalgésiques), d'une préparation psychologique et d'un suivi péri-opératoire adapté à leur besoin. Enfin, les signaux d'alerte précoce de risque de chronicisation postopératoire sont connus. Ils sont au nombre de trois : 1) une douleur sévère en postopératoires ; 2) une prolongation inhabituelle de la douleur ; 3) la présence d'une douleur neuropathique. Une douleur neuropathique précoce devra être accompagnée d'un suivi et si besoin d'un traitement spécifique [10]. Les recommandations actuelles de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation concernant la douleur postopératoire insiste sur le dépistage pré et postopératoire des facteurs de risque de chronicisation [11].

4. 2. Un lien hôpital-ville à renforcer

Les chirurgiens sont peu impliqués par le processus de prise en charge de la DCPO car elle met en échec un geste chirurgical qui est jugé satisfaisant. Les DCPO sont peu reconnues et insuffisamment prises en charge en médecine de ville [12]. Cette situation contraste avec la volonté des institutions de développer la chirurgie ambulatoire et la récupération améliorée après chirurgie. A ce jour, le parcours de soins du patient ne permet pas le dépistage précoce de la DCPO.

4. 3. Un accès aux consultations douleur à faciliter

Si on considère que 5 à 10 % des patients opérés développent une DCPO suffisamment invalidante pour nécessiter une prise en charge spécialisée, un établissement de taille moyenne, avec une activité chirurgicale de 10 000 patients par an serait à l'origine de 1 000 nouveaux cas de DCPO et nécessiterait entre 2 et 3 praticiens spécialisés temps plein pour leur prise en charge. Or, les chiffres publiés en 2017 sont très en-dessous de ce calcul [13]. Cette situation pose problème parce que d'une part ces douleurs sont peu reconnues et insuffisamment prises en charge en médecine de ville, et que d'autre part, le délai d'attente moyen aux consultations douleur est de 3 mois [14].

Douleur chronique post-opératoire (DCPO)

Points essentiels :

Un patient sur 5 développe des DCPO. Parmi ces patients, la moitié présente des douleurs neuropathiques et un tiers souffre de douleurs chroniques sévères. Cela concerne environ 500 000 personnes en France chaque année.

Le retentissement de la DCPO sur la qualité de vie est majeur.

La DCPO est encore méconnue, sous diagnostiquée faute d'une sensibilisation suffisante des professionnels, bien que les facteurs de risque préopératoires et que les signaux d'alerte précoce postopératoires sont mieux identifiés. Le parcours de soins du patient après la chirurgie doit être amélioré, de même que l'accès aux consultations spécialisées de la douleur.

Références bibliographiques

1. Martinez, V., S. Baudic, and D. Fletcher, *[Chronic postsurgical pain]*. Ann Fr Anesth Reanim, 2013. 32(6): p. 422-35.
2. Kehlet, H., T.S. Jensen, and C.J. Woolf, *Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention*. Lancet, 2006. 367(9522): p. 1618-25.
3. Haroutiunian, S., et al., *The neuropathic component in persistent postsurgical pain: a systematic literature review*. Pain, 2013. 154(1): p. 95-102.
4. Duale, C., et al., *Neuropathic aspects of persistent postsurgical pain: a French multicenter survey with a 6-month prospective follow-up*. J Pain, 2013. 15(1): p. 24 e1-24 e20.
5. Maguire, M.F., et al., *A study exploring the role of intercostal nerve damage in chronic pain after thoracic surgery*. Eur J Cardiothorac Surg, 2006. 29(6): p. 873-9.
6. Tasmuth, T., C. Blomqvist, and E. Kalso, *Chronic post-treatment symptoms in patients with breast cancer operated in different surgical units*. Eur J Surg Oncol, 1999. 25(1): p. 38-43.
7. Perkins, F.M. and H. Kehlet, *Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors*. Anesthesiology, 2000. 93(4): p. 1123-33.
8. Parsons, B., et al., *Economic and humanistic burden of post-trauma and post-surgical neuropathic pain among adults in the United States*. J Pain Res, 2013. 6: p. 459-69.
9. Attal, N., et al., *The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey*. Pain, 2011. 152(12): p. 2836-43.
10. Martinez, V., et al., *Les douleurs neuropathiques chroniques: diagnostic, évaluation, traitement en médecine ambulatoire. Recommandation pour la pratique clinique de la Société Française d'étude et de Traitement de la Douleur*. Douleur et analgésie, 2010. 23(1): p. 51-66.
11. Aubrun, F., Nouette Gaulain, K., & Fletcher, D., *Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire*. Anesthésie & Réanimation, 2016. 2(6).
12. Martinez, V., et al., *Adherence of French GPs to chronic neuropathic pain clinical guidelines: results of a cross-sectional, randomized, "e" case-vignette survey*. PLoS One, 2014. 9(4): p. e93855.
13. HAS, *Etat des lieux, douleur chronique: les aspects organisationnels. Le points de vue des structures spécialisées*. 2009: p. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_813396.

14. Duburcq, A. and V. Donio, *Etude sur la situation des Structures de prise en charge de la Douleur Chronique Rebelle en 2004. Etude pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)*. 2004. Référence : 2003-026.

Douleur provoquée par les soins

*Dr Frédéric MAILLARD¹, Patricia CIMERMAN¹, Marie THIBAUT¹, Odile PERRIN¹,
Christine BERLEMONT²*

¹ Hôpital Trousseau, Centre National de Ressource Douleur (CNRD), Paris, ² Hôpital Bicêtre, CETD, Le Kremlin Bicêtre

Quotidienne et ubiquitaire, la douleur provoquée par les soins (DPS) ou douleur procédurale est trop souvent négligée au regard des enjeux de la guérison. Priorité du 2^{ème} plan douleur (2002-2005), des avancées réelles ont depuis permis d'en mesurer l'impact négatif sur les patients et les soignants et de décrire des méthodes et techniques pour sa prise en charge.

1. Une prise de conscience récente de la douleur provoquée par les soins

En butte à une carence épidémiologique, la DPS reste difficile à repérer, et sa reconnaissance est somme toute récente. Même si depuis le 2^{ème} plan douleur des publications¹²³⁴ attestent de sa réalité dans certains secteurs, l'absence d'enquêtes récentes d'envergure nationale empêche de prendre la mesure exacte du problème et de cibler des objectifs pour l'avenir. La DPS peut survenir à tous les âges de la vie, quel que soit le secteur de soin. Elle est transitoire, pas nécessairement intense, mais souvent récurrente en cas de maladie chronique. La DPS a un double impact : sur le soigné (anxiété, dépression, refus de soin) et sur le soignant (sensation d'échec, démotivation, épuisement), affectant leur relation de confiance, socle d'une prise en charge de qualité. Pour les professionnels, l'absence de solutions pratiques intégrées aux habitudes de soins favorise le déni, permettant de couvrir les manques, et engendrant des résistances à tout changement. La réglementation⁵ laisse pourtant peu de doute sur l'absence de légitimité de la DPS, et les plans douleur, plans cancer, et procédures de certification pointent à juste titre l'enjeu de sa prise en charge.

2. Des solutions techniques existantes

En dehors des urgences vitales, la DPS est un phénomène prévisible dans le cadre d'une organisation des soins incluant sa prise en charge. Si certaines relèvent de l'innovation, les méthodes à adopter et les solutions techniques à mettre en œuvre sont connues, existent, et doivent être anti

1 Lhuillery D, Cosqueric G. Douleurs induites par les soins : données sur cinq ans d'une enquête de prévalence d'un hôpital gériatrique. Douleurs- Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2007;8(HS1):1S72-3.

2 Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. Carbajal et al. JAMA. 2008 Jul 2;300(1):60-70.

3 Coutaux A, Collin E. Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. Douleur et analgésie. 2008;21(3):126-38.

4 Ambrogi, V., et al., Care-related pain in hospitalized patients: severity and patient perception of management. Eur J Pain, 2015. 19(3): p. 313-21.

5 Article L1110-5 du code de la santé publique : « ... 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 ... » ;

cipées. Les conditions d'un soin de qualité associent, entre autres, l'information loyale du patient, son installation confortable, sa réassurance (la présence des parents auprès de leur enfant par exemple). Bien employés, en respectant les délais d'action, des médicaments sont particulièrement efficaces et sûrs comme le MEOPA⁶ et autres antalgiques.

Ces dernières années, de nombreuses approches non médicamenteuses ont été développées ou redécouvertes, comme l'hypnose par exemple. Leur synergie d'action avec les médicaments antalgiques et leur polyvalence font tout leur intérêt.

3. Quels acteurs ?

En première ligne pour la réalisation des actes les plus courants, les personnels paramédicaux sont particulièrement concernés par la DPS⁷. Dans le cadre d'un projet coordonné entre prescripteurs et soignants, l'amélioration des pratiques professionnelles est centrale. A l'hôpital, les progrès observés ont montré le rôle indéniable des Infirmiers(e)s Ressources Douleur (IRD) et des infirmiers(e)s référents douleur. Ces derniers, formés à la prise en charge de la douleur, peuvent devenir de véritables moteurs au sein de leur unité de soin. Les structures douleur proposent une aide à la prise en charge aux équipes et les accompagnent. Les postes ou temps dédiés aux missions douleur, leur soutien hiérarchique et institutionnel, sont des éléments décisifs pour la réussite des actions de recherche et d'amélioration des pratiques⁸. Ces efforts trouvent, néanmoins, leurs limites dans le caractère éducatif de beaucoup des actions entreprises : la place de la formation et de l'accompagnement des personnels sur une problématique essentiellement humaine implique un effort continu, permanent, à l'instar de celui développé sur les thématiques d'hygiène et d'infections nosocomiales. Les politiques d'organisation encadrent de plus en plus les procédures de soins. Pratique exigible prioritaire dans le cadre de la certification des établissements, la douleur apparaît donc au sein des protocoles, en particulier grâce au travail des CLuD⁹. Mais, s'il n'en n'est pas lui-même à l'origine, que vaut pour un service la lecture d'une directive supplémentaire en regard d'une charge de travail déjà jugée excessive, ou du poids des habitudes, voire du sentiment de culpabilité d'avoir failli ? La notion de patient « co-acteur du soin » se développe avec le travail des associations de patients, et parallèlement la certification V2014 des établissements de santé introduit la méthode du « patient traceur » qui prend en compte l'expérience du patient et de ses proches. En matière de DPS, à quelles conditions les usagers pourront-ils être un levier de changement ?

4. Un (trop) long chemin

Beaucoup a déjà été fait aux plans réglementaire, institutionnel et scientifique¹⁰. On peut mesurer les avancées et limites de la prise en charge de la DPS au quotidien à travers les évolutions parallèles d'une technique psychocorporelle, l'hypnose par exemple et l'usage d'un médicament, le

6 Article L1110-5 du code de la santé publique : « ... 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 ... » ;

7 Wanquet-Thibault, P., Douleurs liées aux soins. 2015: LAMARRE. 166 p.

8 Ortiz, M., Quel avenir pour les Infirmiers(ères) Ressource Douleur (IRD) ? Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, 2012. 13(5): p. 219-223.

9 CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

10 Ortiz, M. and S. Calvino, Prise en charge des douleurs induites : évolutions récentes. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, 2009. 10, Supplement 1(0): p. S69-S72.

MEOPA¹¹. Longtemps réservé au bloc opératoire, le protoxyde d'azote, principe actif, a obtenu en 2001 une AMM pour son association fixe 50/50 avec de l'oxygène concernant l'analgésie des gestes douloureux de courte durée. Surtout utilisé en pédiatrie, secteur où la DPS a d'abord été prise en compte¹², il est un produit de référence¹³, dont la généralisation aux secteurs adulte et gériatrique demeure timide, malgré les indications avérées¹⁴. Le MEOPA en ambulatoire est autorisé depuis sa modification d'AMM en 2009, mais cet usage demeure marginal en l'absence de remboursement possible. La prise en charge de populations vulnérables, comme les patients polyhandicapés, en santé mentale, ou en fin de vie, en est fortement pénalisée au quotidien. Des dentistes et certains spécialistes de secteur II peuvent proposer un devis à leurs patients avant de l'utiliser, mais l'antalgie d'urgence poserait un problème déontologique... Le virage ambulatoire a déjà été amorcé en chirurgie et en obstétrique et permet une optimisation des dépenses de santé. Disposer d'analgésiques efficaces pour la DPS au domicile permettrait de garantir la continuité des soins dans ce contexte^{15 16}. De plus en plus connue et utilisée par tous types de professionnels et dans tous secteurs, l'hypnose, même à faible coût, pourrait voir également son développement subir les mêmes restrictions¹⁷...

5. Douleur provoquées par les soins : ce qu'il reste à faire

Relevant d'une éthique de la bienveillance, empêcher la DPS nécessite d'approfondir spécifiquement son enseignement dès la formation initiale des professionnels de santé et au sein des organismes de formation, de soutenir institutionnellement les professionnels déjà engagés : dédier du temps, appuyer la recherche clinique, munir les acteurs, soignants et usagers, d'une information pratique, adaptée au contexte, au soin, et actualisée. Enfin, en ville, l'évolution des financements et l'accès à des prescriptions antalgiques de recours devraient faire l'objet d'études et de dispositifs spécifiques.

11 Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

12 Bloch, J., et al. Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur de l'enfant dans les établissements de court séjour. « La douleur de l'enfant, quelles réponses ? » 6ème Journée UNESCO, 1998. 7, 58-64. Consultable sur : <https://www.pediadol.org/Enquete-nationale-sur-la-prise-en.html>

13 Recommandations Afssaps 2009 : http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/prise_en_charge_medicamenteuse_de_la_douleur_aigue_et_chronique_chez_lenfant.pdf

14 Caillaud, A. L'utilisation du MÉOPA chez la personne âgée. in Douleur provoquée par les soins, 1ère journée du CNRD. 2006. Paris. Disponible sur www.cnrdr.fr.

15 Bures, É., et al., De la douleur à la cicatrisation : traitement du patient arthritique à domicile par cathéter périmerveux continu de longue durée. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, 2011. 12(4): p. 181-188.

16 Rames, O. PRADO, le service de retour à domicile : Plaies Chroniques. in Douleur provoquée par les soins, 11ème journée du CNRD. 2016. Paris. Disponible sur www.cnrdr.fr.

17 Cimerman, P., et al. Hypnoanalgésie et kinésithérapie au Centre de réadaptation du Grand Feu (Niort). in Douleur provoquée par les soins, 10ème journée du CNRD. 2015. Paris. Disponible sur www.cnrdr.fr.

Douleurs provoquées par les soins

Points forts

- L'utilisation des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques permet une meilleure prise en charge des patients, notamment lors de soins récurrents.
- Des acteurs de terrain investis : les référents douleur et le CLUD des établissements sont moteurs dans la prise en charge des DPS.

Risques

- Démission face à la DPS au vue des protocoles écrits, mais pas forcément mis en application.
- Place des CLUD : devenue une commission non obligatoire au sein des établissements : ses leviers au sein des établissements s'amenuise de plus en plus.

Propositions

- Développer la formation initiale et continue en matière de DPS.
- Poursuivre les enquêtes épidémiologiques et les travaux de recherche pour améliorer la prise en compte et en charge de la DPS, notamment vers les populations vulnérables.
- Permettre aux professionnels libéraux un accès à plus d'antalgiques pour la poursuite des soins à domicile.
- Renforcer la place des CLUD au sein des établissements.

Douleur chronique

Véronique BARFETY-SERVIGNAT¹, Christine BERLEMONT², Aline LE CHEVALIER³

¹CHU, Consultation douleur et rhumatologie, Lille, ²Hôpital Bicêtre, CETD, Le Kremlin Bicêtre, ³Établissements du Bessin, Réseau Régional Douleur Bas-Normand, BAYEUX

La douleur chronique soulève d'importants défis concernant sa prise en charge, notamment du fait de la durée et de la répétition des douleurs.

1. Le défi de la subjectivité

L'évaluation de la douleur passe classiquement par l'utilisation d'outils auto-évaluatifs. Rendant compte de l'expérience du sujet et de ce qu'il en dit, cette étape auto-évaluative est essentielle. Plusieurs risques guettent les professionnels en clinique de la douleur. Tout d'abord, le passage systématique de l'auto-évaluation à l'hétéro-évaluation parfois identifié comme plus rapide et « plus sûr » par le monde soignant mais qui signe la non prise en compte de l'avis du patient douloureux sur ses propres sensations douloureuses. Ensuite le fait de réduire l'expérience et la sensation douloureuse à un symptôme ou à une explication quand la complexité de ce qui est vécu ne peut s'appréhender que sur un modèle bio-psycho-social, porté par la pluriprofessionnalité.

La confrontation à un patient douloureux renvoie à la complexité : du soignant, de la relation thérapeutique et des émotions. Le défi de la subjectivité consiste sûrement à maintenir quoiqu'il en coûte cette dimension du sujet pour aborder la complexité de la douleur.

2. Le défi de pouvoir prendre en charge tous les patients

La prise en charge de tous les patients, comme le stipule la loi du 04 mars 2002, reste un défi pour tous les professionnels de santé dans chaque lieu de soin. Prendre en charge la douleur aiguë ou la douleur induite par les soins semble plus aisé pour l'hypermédecine. A contrario, la douleur chronique reste un défi quotidien pour les soignants, notamment concernant les populations dites vulnérables.

Par ailleurs, l'hypervalorisation de la médecine conjuguée au désengagement de la psychiatrie à l'hôpital général nous amène à recevoir en SDC moult patients dont les douleurs à substrat psychologique s'expriment sur le plan somatique ... et ils sont à prendre en charge aussi ! Puisque le corps est aussi en souffrance, il convient d'organiser une prise en charge et en soins de cette plainte et de ces douleurs.

3. Le défi de la pluriprofessionnalité

Au croisement de tant de discipline, dans une organisation déjà ancienne de spécialité d'organe, qu'en est-il de la transdisciplinarité, de la pluriprofessionnalité ?

Chaque soignant aborde la douleur à partir de ses apprentissages et de ses clés. Aucun soignant n'est donc en capacité d'appréhender seul un phénomène complexe puisque la complexité est une imbrication de dimensions multiples. Ignorer cette imbrication active le risque d'une prise en charge en « mosaïque » : les expertises seraient alors assemblées dans une succession de regards différents sans élaboration d'une pensée innovante et co-construite.

La simple mosaïque de points de vues ne peut mener, au mieux, qu'à la reproduction d'un clivage entre données somatiques et psychiques. Néanmoins, elle peut aussi mener à une confusion où chaque professionnel s'accorderait la possibilité d'emprunter aux autres ses prérogatives et ses méthodes. Il est donc primordial d'instaurer un dialogue interdisciplinaire, pluriprofessionnel... et d'avoir du temps pour cela ! Voilà le réel défi : avoir du temps pour nos pratiques. Parce que la douleur chronique est en limite de tous les savoirs, médicaux, infirmiers, psy, et nous invite tous à nous confronter à d'autres modes de pensées, à travailler ensemble – en synergie - pour la nécessaire prise en charge du sujet.

4. Le défi de la capacité à se renouveler

Avec la chronicité peut s'installer la répétition, parfois sclérosante, dans et de nos prises en charge. Nous avons besoin de renouveler la pensée, l'approche, les outils d'évaluations et les outils thérapeutiques. Maintenir une capacité à se renouveler est un vrai défi dans ce qu'elle engage de temps, d'énergie, de transversalité, de recherche, d'enseignement et de formation.

Cette capacité à améliorer, à renouveler voire à créer de nouveaux outils est essentielle pour éviter que nos outils ne se chronicisent aussi !

5. Le défi de la créativité

Rester créatif est un vrai défi dans le cadre de la chronicisation !

Ce qui assure la créativité, ce sont les possibilités données d'accéder à la recherche : avoir accès aux articles, aux revues, aux études et aux lieux où sont discutés ces travaux de recherche (colloque, congrès) qui nourrissent la réflexion dans un aller-retour théorico-clinique nécessaire. Pour les professions non médicales, il s'agit aussi d'encourager et de soutenir ces recherches balbutiantes ou entravées par le fonctionnement institutionnel.

Ce qui assure la créativité, ce sont les possibilités données de croiser les prises en charge des différents professionnels : faire intervenir des professionnels aux pratiques complémentaires dans les SDC, donner accès aux patients à ses professionnels (valorisation des actes), mettre en place des « test and learn »...

Ce qui assure la créativité, ce sont les possibilités données d'inventer de nouvelles modalités de prise en charge, de filières : groupe de patients, filière somato-psychique...

Enfin ce qui assure la créativité, c'est de ne s'interdire aucune question !

6. Le défi de l'exception française

L'organisation de la prise en charge de la douleur en France est exceptionnelle puisqu'elle donne accès, dans un périmètre relativement accessible, à une structure spécialisée aux patients douloureux. Elle double cette originalité par la pluriprofessionnalité.

Il s'agit de maintenir cette offre de soins nécessaire et de cultiver la culture française en matière de réflexion et de modalité soignante. Il y a nécessité de croiser les méthodes et modalités anglo-saxonnes, très attachées au fonctionnement et aux cultures qui sont les leurs, avec les nôtres ... pour ne pas se retrouver dans une modalité de pensée unique qui nuirait à la réflexion et à la créativité. Et c'est sans doute un des derniers défis majeurs !

7. La douleur est-elle victime de sa complexité ?

Tout le monde admet la complexité de la douleur, mais ...

C'est pour les professionnels de la douleur une réalité quotidienne, une donnée de la prise en charge et pourtant qu'en est-il pour nos collègues des disciplines non douleur ? Pour nos hiérarchies, nos instances, nos tutelles, la société en général : plus symptôme plutôt que syndrome, facilement appréhendable, peu complexe finalement ... jusqu'à l'oublier dans la nouvelle Loi de santé si la SFETD n'était intervenue pour rappeler cette thématique essentielle ! Même dans le texte modifié du 2 février 2016 (Article L1110-5 modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 1), la douleur était remplacée par la souffrance « le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées ». Il y a maintenant urgence en matière de reconnaissance et d'intégration de module d'enseignement spécialisé de la douleur au sein des formations initiales des professionnels de santé.

Par ailleurs la société offre-t-elle la même reconnaissance et la même attention aux troubles douloureux somatoformes qu'aux douleurs liées à une cause organique évidente ?

Conclusion

La prise en charge de la douleur nécessite de relever de nombreux défis liés à la complexité de la douleur, aux patients, aux professionnels de santé, aux structures de soins, aux législateurs, au contexte socio-économique (ou réalité économique). Tous ces défis nous renseignent concernant les écueils possibles. Toutefois, ils nous renseignent aussi sur les propositions et les forces des SDC et des professionnels de la douleur.

Prise en charge de la douleur chronique

Points forts

- Le réseau de structures de la douleur en France
- Une recherche dynamique en clinique de la douleur
- L'innovation française multiréférentielle et pluriprofessionnelle

Risques

- Le manque de moyen
- Non considération de la complexité de la prise en charge en douleur

Propositions

- Revoir la place de l'enseignement de la spécialité douleur toutes professions confondues
- Remettre la douleur au cœur des préoccupations des soignants, de la population et des politiques par l'écriture et la mise en application du 4ème plan douleur

Les défis de la douleur en France

La douleur liée au cancer

*Dr Florence TIBERGHEN¹, Dr Claire DELORME², Dr Denis DUPOIRON³,
Dr Sophie LAURENT⁴*

1 Hôpital Jean Minjot, CETD / Réseau Douleur Franche Comté, Besançon, ²Établissements du Bessin, Réseau Régional Douleur Bas-Normand / CETD, Bayeux, ³Institut de cancérologie de l'ouest Paul Papin, DAR / CETD, Angers, ⁴Institut Gustave Roussy, CETD, Villejuif

Points Clés :

Les spécificités de la douleur du cancer imposent une organisation et des compétences adéquates avec un **maillage territorial** de référents formés en douleur du cancer et la structuration d'une **filière efficace et équitable** allant des acteurs de premier recours aux structures douleur chronique (SDC) compétentes en soins de support.

Les médecins spécialistes de la prise en charge de la douleur et particulièrement ceux des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) souhaitent s'engager plus encore dans la **formation des professionnels de terrain** et des acteurs de santé en oncologie sur la douleur du cancer, en développant conseils, compagnonnage, équipe mobile, diffusion des recommandations de bonnes pratiques, aide aux CLUD et en proposant une formation universitaire de référents en douleur en oncologie.

La prise en charge des patients dans les SDC du cancer nécessite, à la fois, de la **réactivité** (délai court, urgence), **disponibilité** (réévaluation et réadaptation thérapeutique rapides), **technicité** (du maniement de traitements hors AMM aux techniques antalgiques dites invasives) et une **expertise pluriprofessionnelle spécifique** (oncologue, radiothérapeute, radiologue interventionnel, neurochirurgien, orthopédiste...) bien **intégrée aux soins de support**.

L'amélioration de la prise en charge de la douleur des patients atteints de cancer ne pourra se faire qu'en tenant compte des évolutions et progrès permanents de l'oncologie. Cet objectif ne pourra être atteint qu'avec le **caution scientifique et le financement de projets de recherche** ambitieux et innovants.

1. Organisation des soins et formation

Au vu de l'épidémiologie de la douleur du cancer, tant en phase active que pour les douleurs séquellaires ou en fin de vie (cf. chapitre « épidémiologie de la douleur du cancer »), le premier défi à relever est le nombre de patients à traiter. Si tous ne relèvent pas d'une prise en charge au sein de structures douleur, seulement 7 % y ont accès. Or, les patients les plus complexes doivent pouvoir bénéficier de cette expertise.

La formation initiale et continue des acteurs de première ligne, que sont les oncologues et les médecins traitants, est un autre défi. Ces derniers doivent avoir recours aux recommandations en vigueur, à des outils d'aide à la prescription, voir des conseils téléphoniques et pouvoir adresser les patients si nécessaire aux structures compétentes dans un délai court.

L'organisation du parcours de soin doit être, au sein des régions et territoires, organisée, graduée tenant compte de l'expertise et des intervenants existants, dans un souci d'équité et d'accessibilité aux soins pour tous.

Il faut :

- Adapter le maillage territorial
- Organiser la gradation des soins¹⁸

2. Spécificités cliniques de la prise en charge de la douleur du cancer

2. 1. Un des premiers enjeux est de pouvoir classifier les douleurs du cancer

Au-delà du caractère nociceptif, neuropathique ou mixte de la douleur cancéreuse, **l'enjeu est surtout d'en définir l'étiologie** : douleur en lien avec l'évolution du cancer ? avec les traitements (chirurgie, chimiothérapie, thérapie ciblée, immunothérapie, radiothérapie) ? avec une récurrence ? douleur séquellaire ? avec une pathologie non cancéreuse associée ? ou plusieurs de ces situations concomitantes ?

La complexité de ces situations impose un **dossier médical partagé** entre les nombreux et différents intervenants médicaux et paramédicaux.

2. 2. Délai de prise en charge et suivi du patient

Pour les douleurs en lien avec une pathologie cancéreuse évolutive, **le facteur temps n'est pas celui du syndrome douloureux chronique**.

La **temporalité**, l'urgence de certaines situations algiques doit être prise en compte dans le parcours de soin :

- **Anticipation** des cas complexes nécessitant des techniques spécifiques (ex du cancer du pancréas, de certaines métastases osseuses) ;
- **Prise en charge rapide (<48H)** de situations évolutives ;
- Dépistage de douleur chronique post opératoires (<3 mois).

Par ailleurs, pour des douleurs très sévères, la phase initiale d'équilibration des antalgiques nécessite des réévaluations répétées toutes les 24 à 48h¹⁹ et **implique une augmentation du ratio file active / consultations totales** pour les structures douleur concernées.

18 Instruction n° DGOS/R3/INCA/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer

19 National Comprehensive Cancer Network. - NCCN Clinical Practice Guidelines in oncology: Adult cancer pain, version 2.2016. Available from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf Accessed February 17, 2017.

2. 3. Défi de la technicité

Les patients doivent pouvoir **bénéficier de techniques que leur état requière de façon équitable sur l'ensemble du territoire** :

- **prise en charge médicamenteuse spécifique** sous la responsabilité d'équipes expertes (utilisation d'opioïdes et autres molécules de recours y compris hors AMM²⁰) ;
- **analgésie péri médullaire et interventionnelle** réservée à des centres de recours, car mobilisant potentiellement plusieurs spécialités.

2. 4. Défi de la pluridisciplinarité

2. 4. 1. Nécessité de pluridisciplinarité pour les techniques d'analgésie interventionnelle :

La pluridisciplinarité, socle d'une prise en charge efficiente en douleur chronique, se traduit en oncologie par des RCP spécifiques associant :

- le cancérologue référent (cohérence avec le projet oncologique) ;
- les radiothérapeutes ;
- les médecins experts de certaines techniques (traitement intrathécaux, blocs, etc...) ;
- les radiologues interventionnels ;
- les neurochirurgiens ;
- les orthopédistes.

Elles doivent être suffisamment fréquentes et structurées dans chaque région.

2. 4. 2. Place de la douleur dans les soins oncologiques de support :

La prise en charge de la douleur est une composante indispensable et obligatoire des soins de support.

Comme toute douleur chronique, la présence d'une psychopathologie sous-jacente, les conséquences sociales, professionnelles, familiales, financières de la maladie influencent la perception et le ressenti des douleurs nécessitant une évaluation pluridimensionnelle et une prise en charge selon un modèle biopsychosocial²¹.

La collaboration avec les équipes de soins de support permet la mise en œuvre de cette pluridisciplinarité.

20 National Comprehensive Cancer Network. - NCCN Clinical Practice Guidelines in oncology: Adult cancer pain, version 2.2016. Available from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf Accessed February 17, 2017.

21 Bénézech, Jean-Pierre. «La douleur du cancer est biopsychosociale.» Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement 17.5 (2016): 252-257.

3. Recherche

Au vu de l'évolution de la maladie cancéreuse et de ses traitements (parfois pourvoyeurs de douleur), les thématiques de recherche sont nombreuses et spécifiques, qu'il s'agisse de l'épidémiologie, de la physiopathologie, des douleurs séquellaires ou des traitements non pharmacologiques de la douleur du cancer.

Celle-ci doit être encouragée et financée.

Conclusion

Il y a urgence à s'adapter aux nombreux défis de la douleur du cancer, tant en ce qui concerne la recherche, la clinique, que l'organisation des soins et la formation des acteurs.

Il est essentiel qu'un dialogue s'engage avec les tutelles pour permettre que le maillage et les spécificités présentées ici puissent se concrétiser, sur l'ensemble du territoire.

Douleurs liées au cancer

Propositions :

- Diffuser des outils de formation et d'aide à la prescription pour les acteurs de premier niveau.
- Structurer le maillage territorial en identifiant des référents pour les acteurs de premier niveau, joignables rapidement pour conseils et aide à la prise en charge.
- S'assurer de l'existence, sur l'ensemble du territoire, de structures de prise en charge de la douleur capables de prendre en charge les spécificités de la douleur liée au cancer.
- Assurer la coordination au niveau régional et national de cette prise en charge.

La douleur du sujet âgé et des maladies neurodégénératives

Pr Gisèle PICKERING

CHU Gabriel Montpied, Centre de Pharmacologie Clinique, Clermont-Ferrand

1. La douleur du sujet âgé : des répercussions importantes

La douleur est un facteur d'amplification de la vulnérabilité physique et psychologique, en particulier chez le patient âgé, mal-communicant et/ou souffrant de pathologies cognitives et neurodégénératives (démences, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral), pathologies présentes chez des sujets plus jeunes, mais qui sont prédominantes chez les personnes de plus de 65-70 ans. Des répercussions en cascade sont souvent observées sur l'accélération du déclin fonctionnel, le repli sur soi, l'anxiété, la dépression, l'anorexie, la dénutrition ou les troubles du sommeil, et également sur l'aggravation des handicaps et la perte d'autonomie. Les grands défis de la prise en charge de la douleur dans ces populations vulnérables sont d'éviter la douleur par une démarche préventive, de la détecter, de l'évaluer et de la traiter efficacement.

2. Dépister la douleur chez le sujet âgé :

La prévention des douleurs induites et l'anticipation lors des actes courants de la vie quotidienne, comme la toilette et les soins, doivent être privilégiées. La détection de la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, nociceptive ou neuropathique, est un défi en gériatrie et lors de maladies neurodégénératives. Les outils d'évaluation de la douleur sont complétés par l'évaluation de son retentissement et le repérage de la souffrance psychique (Evaluation Gériatrique Standardisée, pathologies chroniques préexistantes, sources d'incapacité, questionnaires). L'autoévaluation est le gold-standard de l'évaluation de la douleur avec une préférence pour les échelles verbale et numérique. Le Questionnaire Douleur Saint-Antoine dans sa forme abrégée et le DN4 ne sont pas validés en gériatrie, mais utiles pour les patients communicants. Si l'autoévaluation est impossible, en particulier dans les troubles de la communication et les maladies neurodégénératives, une échelle d'hétéro évaluation doit systématiquement être utilisée afin d'éliminer formellement un phénomène douloureux, qui doit être attentivement recherché en cas de modification du comportement. Plusieurs échelles fiables et validées existent en langue française, Doloplus, ECPA-2, Algoplus et Pacslac. Néanmoins, ces échelles restent encore aujourd'hui sous-utilisées dans les établissements de santé et en médecine générale. En ce qui concerne la douleur neuropathique, un algorithme décisionnel a été publié, afin de sensibiliser à la prise en charge de la douleur neuropathique chez le sujet avec troubles de la communication. Le dépistage précoce de la douleur chez le patient non communicant, chez qui les troubles comportementaux et psychologiques peuvent être faussement attribués à des troubles psychiatriques, doit être systématiquement recherché afin de limiter le recours inutile à des psychotropes, dont les neuroleptiques, qui amplifieront les déficits cognitifs, en particulier lors de maladie neurodégénérative.

3. Traiter la douleur chez le sujet âgé :

Les traitements médicamenteux de la douleur du sujet âgé et/ou souffrant de pathologie neuro-dégénérative sont les mêmes que chez le patient plus jeune, mais les comorbidités et la polymédication majorent le risque iatrogène, les effets indésirables et les interactions médicamenteuses, une majoration qui va croissante depuis les quinze dernières années. Les adaptations posologiques (poids, contexte clinique, insuffisance rénale, comédications) sont recommandées pour de nombreux antalgiques ; les formes topiques, à privilégier, sont encore peu nombreuses. L'impact cognitif et émotionnel de la douleur chez ces populations vulnérables doit être systématiquement recherché, car souvent masqué, afin de freiner le déclin fonctionnel fréquemment observé lors d'une pathologie intercurrente ou l'installation d'une douleur chronique réfractaire aux traitements recommandés. Les techniques non pharmacologiques sont conseillées en conjonction avec les médicaments antalgiques.

L'optimisation du développement de la médecine de la douleur en gériatrie et dans les maladies neurodégénératives en France doit cibler tous les aspects de la pratique clinique, de la pédagogie et de la recherche.

LES 10 DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN GÉRIATRIE

- **En clinique :**

1. Poursuivre la diffusion de l'approche graduelle de détection, évaluation, traitement pharmacologique et non-pharmacologique de la douleur et réévaluation.
2. Promouvoir l'utilisation des échelles de la douleur dans tous les milieux de vie des patients âgés et /ou avec maladie neurodégénérative.
3. Enrichir les recommandations de prise en charge de la douleur, en particulier lors de troubles de la communication et de la verbalisation.
4. Sensibiliser aux effets indésirables et interactions médicamenteuses dans le contexte fréquent de polymédication, comorbidités, déficit cognitif et fragilité.
5. Cibler les conséquences de la douleur *per se*, ainsi que des analgésiques sur les domaines cognitifs et émotionnels de la douleur, et considérer les stratégies de coping qui peuvent être mises en place.
6. Prévenir la douleur, l'anticiper, la prendre en charge précocement avec une balance bénéfice/risque optimisée : un défi éthique chez la personne vulnérable pour une qualité de vie préservée.

- **En pédagogie :**

7. Poursuivre la construction au niveau national d'une force d'intervention multidisciplinaire en médecine de la douleur en gériatrie- soins palliatifs- neurologie... par la collaboration active des sociétés savantes.
8. Rendre la douleur en gériatrie et dans les maladies neurodégénératives attractive pour les professionnels de santé : ceci est lié à un enseignement adapté, général, mais aussi de spécialité, avec des opportunités de formation et d'emploi à la clé.

- **En recherche :**

9. Conduire des études sur les bénéfices de la synergie des techniques pharmacologiques et non-pharmacologiques.

10. Développer des essais cliniques médicamenteux randomisés de bonne qualité et des études observationnelles larges, ciblés dans ces populations vulnérables, afin d'évaluer dans la vraie vie le rapport bénéfice/risque des antalgiques et proposer des stratégies thérapeutiques adaptées au contexte clinique.

Les douleurs des enfants et adolescents

Dr Justine AVEZ COUTURIER¹, Dr Barbara TOURNIAIRE²

¹ Hôpital Roger Salengro, Neuropédiatrie - Consultation douleur enfant, Lille,

² Hôpital Enfants Armand Trousseau, CETD, Paris

La définition de la douleur chronique chez l'enfant n'est pas validée au niveau international, mais on peut retenir qu'il s'agit d'une douleur qui persiste plus d'un mois, au-delà de l'évolution de la maladie aiguë, et comprenant toute douleur persistante au-delà de la guérison d'un traumatisme¹.

1. Retentissement chez l'enfant

Comme chez l'adulte, la douleur chronique retentit sur plusieurs domaines : sommeil, humeur, capacités fonctionnelles, fonctionnement social, familial et scolaire et diminue globalement la qualité de vie². Il existe des facteurs de risques de douleur chronique dans l'enfance : toute douleur aiguë intense et insuffisamment soulagée³, ainsi que les antécédents de douleur répétée particulièrement en période néonatale (nouveau-nés prématurés par exemple)^{4,6}.

Il est donc primordial de prévenir les douleurs induites et de traiter les douleurs aiguës chez l'enfant. Cela est particulièrement difficile actuellement car il y a de moins en moins de médicaments antalgiques ayant une AMM pédiatrique (suppression de la codéine) et très peu de formes galéniques adaptées à l'enfant (par exemple pour la morphine orale) et de recherche scientifique.

1 D, Jones D, Nicol M. Parents' experiences of caring for a child with chronic pain. Qual Health Res. 2010 ; 20:1272-82.

2 Huguet A, Miró J. The Severity of Chronic Pediatric Pain: An Epidemiological Study. J Pain 2008;9:226-36.

3 Batoz H, Semjen F, Bordes-Demolis M, et al. Chronic postsurgical pain in children: prevalence and risk factors. A prospective observational study. Br J Anaesth 2016;117:489-96.

4 Butkevich IP, Mikhailenko VA. Long-Term Effects of Neonatal Pain and Stress on Reactivity of the Nociceptive System. Bull Exp Biol Med 2016;161:755-8.

5 Ranger M, Grunau RE. Early repetitive pain in preterm infants in relation to the developing brain. Pain Manag 2014;4:57-67.

6 Valeri BO, Ranger M, Chau CMY, et al. Neonatal Invasive Procedures Predict Pain Intensity at School Age in Children Born Very Preterm. Clin J Pain 2016;32:1086-93.

7 Coenders A, Chapman C, Hannaford P, et al. In search of risk factors for chronic pain in adolescents: a case-control study of childhood and parental associations. J Pain Res 2014;7:175-83.

2. Traitement de la douleur chez l'enfant

La **pharmacopée disponible est très limitée**. Les antécédents de douleur chronique chez les parents et le statut économique et social peu élevé de la famille ^{7,8} ont également été décrits comme facteurs de risque. Les études ne mettent pas toujours en évidence de facteurs psychopathologiques évidents mais dans la pratique clinique les enfants et adolescents consultant pour des douleurs chroniques sont souvent dans des situations familiales très complexes et/ou ont vécu des événements de vie difficiles.

La douleur chronique d'un enfant va avoir des conséquences systémiques et familiales qui expliquent en partie son impact médico-économique : absentéisme scolaire et des parents au travail, consommation de soins, médicaments et examens ⁹.

Les interactions familiales peuvent elles-mêmes être un facteur de risque de pérennisation et de chronicisation de la douleur d'un enfant : les facteurs favorisants identifiés chez l'adulte douloureux chronique sont retrouvés chez l'enfant douloureux chronique et ses parents : anxiété, catastrophisme, peur du mouvement, difficultés à faire face ^{10,11}. **Une prise en charge précoce et adaptée doit être proposée pour diminuer cet impact.**

La prise en charge de la douleur chronique à cette période de la vie a **deux grandes spécificités** : **l'aspect développemental et l'aspect systémique**. L'enfant est un être en développement constant. L'expression de la douleur va se modifier en regard des différents stades de développement et **les professionnels des SDC pédiatriques sont capables de s'adapter à des patients de tranches d'âge très différentes**. La prise en charge de l'enfant passera obligatoirement par la **prise en compte de l'environnement** : la famille, l'école, les relations avec les pairs ^{12,13}. **L'absentéisme scolaire** est un des facteurs primordiaux d'évaluation. Les motifs de consultation douleur sont différents de ceux de l'adulte, comme l'a montré une enquête réalisée dans les Structures Douleur pédiatriques françaises ¹⁴, corroborée par des publications d'autres pays ¹⁵. **Les équipes recevant ces enfants doivent avoir des connaissances spécifiques** : connaître la santé, le développement et la pathologie de l'enfant, mais aussi les réseaux de soins de l'enfance ; faire des liens avec la médecine scolaire, le système éducatif ; pouvoir accorder à l'enfant une place d'interlocuteur privilégié, mais prendre aussi en compte la dynamique familiale, et avoir une vigilance envers la maltraitance ¹².

8 Huguet A, Tougas ME, Hayden J, et al. A Systematic Review with Meta-analysis of Childhood and Adolescent Risk and Prognostic Factors for Musculoskeletal Pain 2016;157:2640-56.

9. Groenewald CB, Wright DR, Palermo TM. Health care expenditures associated with pediatric pain-related conditions in the United States: Pain 2015;156:951-7. 10. Palermo TM, Eccleston C. Parents of children and adolescents with chronic pain. Pain 2009;146:15-7.

11. Durand H, Birnie KA, Noel M, et al. State versus Trait: Validating State Assessment of Child and Parental Catastrophic Thinking about Children's Acute Pain. J Pain 2017;18:385-95.

12. Finley GA, Chorney JM, Campbell L. Not small adults: the emerging role of pediatric pain services. Can J Anaesth 2014;61:180-7.

13. Avez-Couturier J, Wood C. Douleur chez l'enfant. Rev Prat 2014;(920):329-34.

14. Tourniaire B, Gallo A. Douleur chronique des enfants et des adolescents : quoi de neuf ? La lettre de la SFETD 2013;29:3-4.

15. Zernikow B, Wager J, Hechler T, et al. Characteristics of highly impaired children with severe chronic pain: a 5-year retrospective study on 2249 pediatric pain patients. BMC Pediatr 2012;16:12:54.

3. La transition vers l'âge adulte

L'enfant n'est pas un adulte miniature et le diagnostic et la prise en charge doivent s'adapter à cette spécificité. Un autre défi de la médecine de la douleur pédiatrique est la **transition vers l'âge adulte**. Une étude française a été réalisée sur 44 jeunes adultes qui avaient consulté pour des douleurs musculo-squelettiques à l'adolescence (âge moyen au moment de la prise en charge 13 ans, douleurs évoluant en moyenne depuis 18 mois). 34 % de ces jeunes adultes n'avaient plus de douleurs. Parmi les autres, majoritairement il s'agissait d'une douleur intense ou très intense, présente plus d'un jour par semaine. Plus de la moitié rapportaient une gêne importante dans leurs activités quotidiennes et un quart dans leur activité professionnelle. 46 % avaient des consommations d'antalgiques quasi-quotidiennes et/ou des consultations médicales répétées auprès de leur médecin traitant. Aucun n'avait consulté à nouveau dans une SDC ¹⁶. La transition de l'adolescence à l'âge adulte est une nouvelle période de changements neurobiologiques, psychologiques et comportementaux. Ces changements et les difficultés d'accès aux soins inhérents à cet âge augmentent le **risque de développement ou de persistance de douleur chronique et d'impact à long terme sur l'insertion sociale et professionnelle** ¹⁷.

4. Les experts de la douleur de l'enfant

Pour relever ces défis et permettre un accès aux soins du nourrisson jusqu'au jeune adulte, le **développement du nombre de professionnels (médecins, infirmiers et psychologues) experts de la douleur de l'enfant** est primordial. Si les chiffres les plus bas des études épidémiologiques sont retenus, 2 à 4 % des enfants auraient des douleurs chroniques sévères avec un retentissement important ¹⁸. La population des moins de 19 ans étant évaluée par l'INSEE à 15,7 millions en 2015, il s'agirait de pouvoir recevoir environ 300 000 enfants et adolescents en France. Les SDC adaptées à la prise en charge des patients pédiatriques restent en nombre insuffisant et leur répartition géographique rend **l'accès au soin inégal selon les régions** en France.

Les défis de la médecine de la douleur chez l'enfant et l'adolescent :

- **Prévention** des douleurs induites à tout âge de la vie
- **Traitement** des douleurs aiguës **et développement de médicaments** adaptés
- **Accès à des équipes spécialisées** réparties sur tout le territoire
- **Diminuer l'impact médico-économique** par une prise en charge précoce et adaptée
- **Prise en compte de l'environnement** : famille, école, relations avec les pairs
- **Transition** vers l'âge adulte

16. Gallo A, Tourniaire B, Chary-Tardy A-C. Que sont devenus les adolescents douloureux chroniques ? Suivi d'une cohorte. Arch Ped 2012;19(6, Supplement 1):H276-7.

17. Rosenbloom BN, Rabbitts JA, Palermo TM. A developmental perspective on the impact of chronic pain in late adolescence and early adulthood: Implications for assessment and intervention. Pain 2017 Mar 4. doi: 10.1097/j.pain.

18. King S, Chambers CT, Huguet A et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. Pain 2011;152:2729-38.

Douleur et troubles psychiques

Dr Djéa SARAVANE¹, Dr Éric SERRA²

¹ EPS Barthélémy Durand, Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale, Autisme, Polyhandicap et Handicap génétique rare, Etampes, ² Hôpital Nord, CETD - Département Interdisciplinaire des Soins de Support pour le Patient en Oncologie (DISSPO), Amiens

1. Introduction

En dépit de la création d'une Médecine de la douleur, reconnaître et traiter la douleur a pris des années en Médecine et Chirurgie. La méconnaissance de la douleur et de son traitement en Psychiatrie illustre la difficulté de prise en soin des troubles organiques en Santé mentale¹. Les travaux réalisés ces dernières années ont permis de mieux prendre en compte cette réalité. La **comorbidité rend plus difficile l'évaluation, aggrave le pronostic, complexifie la prise en charge et retentit sur le pronostic vital**. En effet, la surmortalité est importante dans cette population, avec une espérance de vie écourtée de 10 à 20 ans en moyenne par rapport à la population générale². La recherche de la douleur, son évaluation étiologique et symptomatique, puis les réponses sanitaires adaptées s'imposent.

2. Perception de la douleur en santé mentale et dans l'autisme

La littérature scientifique évoquait surtout l'**insensibilité à la douleur** chez le **schizophrène**³. Les travaux de l'équipe de S. Marchand ont apporté une explication neurophysiologique pour cette apparente analgésie (3). **Les patients ressentent bien la douleur**, ont un système endogène d'inhibition normal, mais ne présentent pas cette sensibilisation, qui est un phénomène adaptatif pour éviter une lésion suite à une stimulation persistante.

Peu d'études ont été conduites sur la sensibilité à la stimulation douloureuse et sur son expression au sein de la **population autiste**. Les atypicités cognitive, développementale et sensorielle des autistes questionnent sur d'éventuelles particularités dans les modalités de sensation-perception et d'expression de la douleur. Des observations cliniques et des études appuient l'idée d'une insensibilité à la douleur. On constate des phénomènes d'hyporéactivité ou d'hyperactivité et une diminution du seuil de sensibilité à la douleur (3).

3. Évaluation de la douleur en santé mentale

Chez le patient psychotique, certaines perceptions douloureuses font l'objet d'un déni et d'autres sont associées à des hallucinations. Les patients ne réagissent pas, ne l'expriment pas ou dans un langage ou dans un comportement spécifique qu'il faut savoir décoder. **Concernant la personne autiste, l'expression de la douleur peut se manifester par des comportements d'agressivité, d'automutilation, des cris, des troubles du sommeil.**

Les **échelles d'évaluation de la douleur** sont celles utilisées en population générale avec EVS, EN, échelle des visages³. En institution, chez des patients en plus grande souffrance, dyscommunicants, une seule échelle a été testée : EDAAP : Echelle Douleur Adolescent Adulte Polyhandicapé. C'est une échelle qualitative d'évaluation comportementale. A partir de cette échelle, une autre échelle est développée : l'EDD : Evaluation Douleur Dyscommunicante. On cite aussi l'ESDDA : Echelle Simplifiée d'évaluation de la Douleur chez les personnes Dyscommunicantes avec troubles du spectre de l'Autisme, échelle validée sur le plan national. Cette dernière peut être utilisée par des non professionnels de santé (familles, aidants familiaux).

L'écoute attentive de propos délirants inhabituels, la survenue inopinée de changements d'habitudes ou de comportements doivent évoquer une atteinte somatique douloureuse.

4. Réponses à la douleur en santé mentale

4. 1. Les traitements antalgiques tiennent compte des particularités des patients, avec **une attention pour les médicaments à impact psychotrope** comme les opioïdes faibles ou forts. Les **traitements non médicamenteux** sont une compétence du milieu de la santé mentale qui doit être soulignée. Leur prescription et leur usage exigent la même rigueur que les médicaments et **nécessitent donc formation et recherche**.

En lien avec le médecin traitant, la continuité de la prise en charge est organisée avec le CMP ou le psychiatre libéral. **Une collaboration s'impose entre équipes de psychiatrie et équipes somatiques**.

4. 2. Dans les établissements de santé de psychiatrie, on retrouve cette collaboration interdisciplinaire à l'intérieur des CLUD qui peuvent s'associer aux CLUD des établissements MCO (1). En lien avec les proches et les associations, la réponse passe aussi par la prévention et l'éducation à la santé avec la mise en place de recommandations sur le mode de vie : mesures diététiques, activité physique^{3, 4, 5}.

5. Place du professionnel de la psychiatrie et de la psychologie en SDC

Psychiatre ou Psychologue sont obligatoires dans les Structures Douleur Chronique (SDC). Leurs rôles sont : évaluation psychologique, diagnostics psychiatriques, suivis des dépressions et risques suicidaires, traitements médicamenteux et non médicamenteux. Psychiatres et Psychologues accompagnent les patients à risque d'addiction ou de mésusage. Ils optimisent les réponses soignantes en cas de dimensions psychologiques prépondérantes, comme dans les troubles somatoformes ou la dépression. Ils enrichissent la pratique dans l'évaluation et la prise en charge des mécanismes transdiagnostiques communs à la douleur et à la dépression ou l'anxiété⁶.

Douleur et santé mentale

La Médecine de la douleur est une médecine à la fois scientifique et personnalisée, modèle d'accompagnement des maladies chroniques. De fait, elle s'appuie toujours sur des psychiatres et des psychologues. Dans le champ de la santé mentale, dépister, comprendre et traiter la douleur est essentiel chez des patients porteurs de troubles organiques graves et méconnus. Pour apaiser cette véritable double-peine de la co-morbidité maladie mentale et maladie somatique, s'impose la collaboration entre psychiatres et somaticiens. L'évaluation et le traitement de la douleur dans toutes ses dimensions forment le symbole de ce défi adressé aux soignants et aux institutions.

Points forts

- Face à la douleur en Santé mentale, des **actions efficaces ont été partiellement réalisées** : CLUD, protocoles, formation, recours à des médecins somaticiens (1).

Risques

- La douleur en Santé mentale reste méconnue de l'ensemble des acteurs de la santé. A la suite du Haut Conseil en Santé Publique, des **décisions spécifiques sont nécessaires et attendues** depuis 2010.

Propositions

- **Plan douleur** avec un chapitre sur Santé mentale et handicap.
- Renforcement de la **formation douleur et en psychopathologie** en secteurs MCO, Soins de suite, médico-social, médecine ambulatoire.
- Développer la formation sur l'approche cognitivo-comportementale de la douleur.
- Renforcer la **Recherche** en Douleur et Santé mentale.
- Financer la recherche et formation en **Thérapies Non Médicamenteuses**.

Bibliographie :

1. Serra E, Saravane D, de Beauchamp I, Pascal JC, Peretti CS, Boccard E. La douleur en Santé mentale : première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie. *Douleur Analg* 2007,2 :1-6 et *L'Info Psy* 2008,84 :67-74.
2. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014 Jun;13(2):153-60.
3. Marchand S, Saravane D, Gaumont I. *Santé Mentale et Douleur : Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale*. Springer-Verlag, Paris, 2013.
4. FFP-CNPP et HAS : Recommandations de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. FFP-CNPP-HAS, 2015 ; 1-32.

5. Saravane D. Observance et prise en charge somatique des patients en santé mentale. *L'Encephale*. 2008 ; 33 : 19-22.
6. Fonseca J, Sulle N, Serra E. L'émotion-douleur : de l'intérêt de considérer la douleur comme une émotion. *L'Encéphale*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2017.02.002>

Chirurgie ambulatoire – réflexions autour de la prise en charge de la douleur post-opératoire

Pr Marc BEAUSSIER¹, Pr Frédéric AUBRUN²

¹ Institut Mutualiste Montsouris, Dépt d'Anesthésie, Paris, ² Hôpital de la Croix-Rousse, Dépt d'Anesthésie-Réanimation, Lyon

La chirurgie ambulatoire se développe très rapidement avec l'objectif fixé par les pouvoirs publics d'aller au-delà de 65 % de la chirurgie réalisée en ambulatoire, c'est-à-dire avec une prise en charge hospitalière qui n'excède pas 12h, à l'horizon 2020 (1-2). Ceci implique un élargissement des indications d'une part vers des chirurgies plus lourdes et plus invasives, d'autre part vers des patients plus complexes et plus « à risques ». Ce développement de la prise en charge ambulatoire oblige à une remise en cause de l'organisation des parcours pour de nombreux établissements et des pratiques médicales pour de nombreux médecins (3-4).

La prise en charge de la douleur postopératoire (DPO) constitue une des clés de la réussite de la chirurgie ambulatoire. La douleur représente une des principales causes de plainte des patients et le facteur le plus fréquemment retrouvé à l'origine des échecs (hospitalisation ou réadmission secondaire).

1. L'information du patient au centre des préoccupations

Cruciale, elle s'effectue lors des consultations de chirurgie et/ou d'anesthésie (5). Elle doit être homogène, impliquant une parfaite communication entre les équipes et la mise en place de procédures par acte, ce qui constitue un facteur de qualité dans la prise en charge ambulatoire. Cette information prend du temps. Le rôle d'une infirmière coordonnatrice spécifiquement dédié à l'information et au suivi de ces patients est un atout majeur de réussite. **Ce poste est en train de se généraliser dans les établissements les plus dynamiques.**

L'information doit concerner le patient lui-même mais aussi son entourage, notamment pour les patients ayant des difficultés de compréhension. Il y a donc un intérêt à faire des consultations en présence de l'accompagnant du patient.

2. Savoir anticiper l'analgésie post-opératoire

L'anticipation consiste, outre l'information, à délivrer aux patients une ordonnance d'antalgiques dès la consultation d'anesthésie et la validation de sa prise en charge ambulatoire. Ceci permet d'acheter les antalgiques avant l'intervention et de les avoir ainsi à disposition dès le retour à domicile. La prescription anticipée d'antalgiques morphiniques est parfois nécessaire pour certaines chirurgies et pose le problème de la validité de 3 jours de ces ordonnances et de la constitution de stock d'opiacés aux domiciles des patients. Ceci est une question de santé publique très importante et la SFAR travaille actuellement, en collaboration avec les associations de Pharmaciens cliniques, afin de faire évoluer les règles de cette dispensation. Au-delà des médicaments, c'est aussi une véritable éducation thérapeutique qu'il va falloir réaliser, comprenant par exemple pour une chirurgie articulaire du membre inférieur le refroidissement par la glace et la manipulation des béquilles.

3. Analgésie locale ou loco-régionale pour tous les patients

L'analgésie locale ou loco-régionale (ALR) constitue la stratégie analgésique la plus efficace et la plus adaptée à l'ambulatoire. Elle couvre autant les douleurs au repos qu'à la mobilisation, et évite le recours aux opiacés dont les effets secondaires sont parfois difficiles à gérer au domicile du patient. Elle regroupe les techniques d'infiltrations cicatricielles et les blocs périphériques. La problématique principale réside dans la durée d'action de ces techniques. La mise en place de cathéters de perfusion permet la prolongation de cette durée d'action. L'arrivée prochaine, sur le marché, de formulations d'anesthésiques locaux ayant une durée d'action très prolongée sera une avancée considérable.

4. Gérer la prise en charge de la douleur à domicile – relation hôpital/ville

Cela constitue un point particulièrement délicat. Selon la réglementation, le patient doit sortir avec les coordonnées du centre (au mieux le numéro de téléphone des urgences) qu'il doit contacter en cas de problème. Dans un certain nombre de cas, malheureusement encore trop nombreux, la survenue d'une douleur intense à domicile est seulement constatée lors de l'appel téléphonique J+1 ce qui conduit à l'insatisfaction des patients (6). **La chirurgie ambulatoire ne devrait logiquement pas déplacer une charge de soin de l'hôpital vers la ville.** Or, dans de nombreux cas, le patient quelque peu désarmé, va malgré les consignes qui lui ont été données appeler son médecin traitant. Ce dernier n'est souvent pas informé de cette prise en charge et n'a pas suffisamment d'information pour prendre en charge efficacement un éventuel problème de douleur aiguë. Le « passeport ambulatoire », remis au patient à sa sortie et comprenant les comptes rendus opératoires et anesthésiques ainsi que des fiches d'information sur les effets secondaires les plus fréquents, trouve ici un intérêt particulier. Il va devenir impératif de travailler en étroite collaboration avec la médecine de ville si l'on veut que l'ambulatoire se développe en conservant les critères de qualité et de sécurité.

Pour les interventions nécessitant des dispositifs analgésiques, tels que les cathéters perineurves permettant la perfusion prolongée d'un anesthésique local, la mise en place d'une filière de soins infirmiers à domicile est particulièrement efficace et rassurante pour les patients. De plus, elle est clairement recommandée par l'ANSM pour ce qui concerne la perfusion prolongée de Ropivacaïne® (7). Des solutions informatiques sont actuellement développées pour permettre de garder un contact avec le patient et permettre une évaluation et une prise en charge de certains effets indésirables, dont la DPO. Il s'agit très certainement d'une solution d'avenir.

5. L'ambulatoire bénéficie à toutes les prises en charge

L'ensemble de ces pratiques et cette réflexion multidisciplinaire permettant le développement de la chirurgie ambulatoire bénéficie aux prises en charge conventionnelles. Il en est ainsi du traitement de la douleur, abordé dans tous les cas mais encore plus particulièrement en ambulatoire sous l'angle du rapport bénéfice-risque. Le développement de techniques ALR mini-invasives (infiltration cicatricielle), la mise à disposition de formulations galéniques adaptées (poudre d'opium...) et l'implication active du patient dans sa prise en charge sont des habitudes qui sont véhiculées et diffusent vers des chirurgies conventionnelles, allant dans le sens de la réduction de la morbidité et du raccourcissement de la durée d'hospitalisation.

La douleur post-opératoire en France : prise en charge

Points forts

- La prise en charge de la douleur postopératoire constitue une des clés de la réussite de la chirurgie ambulatoire qui se développe rapidement.
- Une information générale sur la prise en charge ambulatoire, incluant les stratégies analgésiques, est un des points de la circulaire ministérielle sur le développement de la chirurgie ambulatoire et devrait être prochainement déployée auprès du public.
- L'anesthésie locale et loco-régionale couvre autant les douleurs au repos qu'à la mobilisation, et évite le recours aux opiacés dont les effets secondaires sont parfois difficiles à gérer au domicile du patient.

Risques

- Le fait que le patient reste très peu de temps sous supervision médicale dans l'établissement et qu'il ait ensuite à gérer les suites postopératoires à domicile confère à cette prise en charge une spécificité obligeant les équipes à repenser certaines habitudes médicales.
- La survenue d'une douleur intense à domicile est seulement constatée lors de l'appel téléphonique J+1 ce qui conduit à l'insatisfaction des patients.

Propositions

1. Le rôle d'une **infirmière coordonnatrice** spécifiquement dédié à l'information et au suivi de ces patients est un atout majeur de réussite.
2. La **prescription anticipée d'antalgiques morphiniques** est parfois nécessaire pour certaines chirurgies et pose le problème de la validité de 3 jours de ces ordonnances et de la constitution de stock d'opiacés aux domiciles des patients.
3. Concernant l'analgésie par cathétérisme à domicile, la mise en place d'une **filière de soins infirmiers à domicile** est particulièrement efficace et rassurante pour les patients. Elle doit être privilégiée et développée.
4. Une étroite **collaboration avec la médecine de ville** devient impérative si l'on veut que l'ambulatoire se développe en conservant les critères de qualité et de sécurité.

Références bibliographiques

1. DGOS - Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026304936&categorieLien=id> 2012.
2. DGOS - Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020. <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=40158> 2015.
3. Beaussier M, Marchand-Maillet F, Dufeu N, Sciard D. Organizational aspects to optimize patient's ambulatory pathway. *Curr Opin Anaesthesiol* 2015;28:636-41.

4. Beaussier M, Dufeu N, Nicolai P, Theissen A. Chirurgie Ambulatoire : aspects organisationnels. Arnette Ed. 2016.
5. SFAR - Recommandations Formalisées d'Experts. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. <http://www.sfar.org/article/207/prise-en-charge-anesthesique-des-patients-en-hospitalisation-ambulatoire-rfe-2009> 2009.
6. Beaussier M, Vons C. Post-hospital home care after ambulatory surgery. Presse Med. 2014 Mar; 43(3):305-8.
7. ANSM - Protocole d'utilisation à domicile des spécialités à base de Ropivacaine® 2 mg/ml, solution injectable en poche (Naropéine et génériques) dans le cadre de l'analgésie post-opératoire par cathéter périduréal. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/e987e318a5ee00d2f41ff6ef63c1969a.pdf 2012.

Douleurs au travail

Pr Alexis DESCATHA¹, Dr Agathe LAFFITTE-PELLISTRANDI², Dr Sylvie LE-BIDEAU³,
Dr Marie-Françoise BOURILLON³

¹ Unité Hospitalo-Universitaire de Santé Professionnelle, AP-HP, Université de Versailles Saint Quentin (UVSQ - Paris Saclay), Inserm UMS 011-U1168, CHU Poincaré, Garches, ² Médecine du travail, Naval group, Cherbourg, ³ Médecin du travail – Paris La Défense

1. Épidémiologie des douleurs au travail

Déjà en 2008, une étude nationale sur 2 896 patients avec douleur chronique trouvait que près des 3/4 étaient en âge de travailler (74,2 %, n=2148)¹. Les premières causes de douleurs étaient musculo-squelettiques (rachis), avec un impact important socio-professionnel, puisque seulement 43,3 % étaient effectivement en activité.

Fin 2016, des données de fréquence des douleurs d'origine musculo-squelettique ont pu être disponibles sur les 28 914 premières personnes incluses dans la cohorte Constances². Cette cohorte est constituée de volontaires français tirés au sort et âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion, afin de la rendre comparable à la population française. L'échantillon étudié a été restreint sur la tranche « 30 à 69 ans » et aux données de 2012-2014, afin de prendre en compte le poids de sondage et la non-participation dans les fréquences présentées³. Les douleurs musculo-squelettiques prolongées ont été définies par l'utilisation du questionnaire de « style Nordique » et restreintes aux douleurs survenues au cours des 12 derniers mois et de durée \geq à 30 jours⁴.

Les pathologies lombaires représentent 24,2 % [22,7 - 25,7] chez les hommes en activité et 28,9 % [27,4 - 30,5] chez les femmes en activité. Chez ces hommes, les douleurs prolongées sont localisées principalement au niveau des genoux (18,6 % [17,2-20,0]), des épaules (15,5 % [14,2-16,8]), du cou (13,6 % [12,4-14,8]), des poignets (12,0 % [10,8-13,3]), et des coudes (9,4 % [8,4-10,5]). Chez ces femmes, les douleurs prolongées concernent par ordre de fréquence le cou (21,9 % [20,6-23,3]), les genoux (21,8 % [20,4-23,2]), les épaules (20,7 % [19,3-22,2]) et les poignets (19,8 % [18,5-21,3]), avec une fréquence proche des hommes pour les coudes (11,6 % [10,5-12,8]). Ces proportions sont plus importantes parmi les personnes en activité dans cette étude transversale

(1) Descatha A, Jasso-Mosqueda G, Couillerot AL, Rumeau-Pichon C, Ozguler A, Bruxelles J. Study of the Work Status of Chronic Pain Patients Based on a French Cross-Sectional Survey. *J.Occup.Environ.Med.* 2009;51:1361_2.

(2) Zins M, Goldberg M, CONSTANCES team. The French CONSTANCES population-based cohort: design, inclusion and follow-up. *Eur. J. Epidemiol.* 2015;30(12):1317-28

(3) Santin G, Herquelot E, Guéguen A, Carton M, Cyr D, Genreau M, et al. Estimation de prévalences dans Constances_ : premières explorations. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(35-36):622-9. [Internet]. [cité 2017 mai 10]; Available from: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_3.html

(4) Carton M, Santin G, Leclerc A, Gueguen A, Goldberg M, Roquelaure Y, et al. Prévalence des troubles musculo-squelettiques et des facteurs biomécaniques d'origine professionnelle_ : premières estimations à partir de Constances. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(35-36):630-9. [Internet]. [cité 2017 mai 10]; Available from: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_4.html

car, comme on l'a vu précédemment, une partie de ces personnes ne sont plus en activité du fait des douleurs. Dans cette étude, on retrouve un net gradient social expliqué en partie par des contraintes biomécaniques.

2. Pathologies douloureuses et travail : défis

2. 1. Si la douleur est dans la majorité des cas associée aux pathologies de l'appareil locomoteur, les salariés atteints de maladies chroniques inflammatoires, néoplasiques ou vasculaires, de retour ou en maintien à leur poste, présentent en premier lieu au travail, une fatigabilité⁵ dont l'impact non encore évalué sur la productivité existe. Cette fatigabilité peut elle-même favoriser les douleurs.

2. 2. Décliner travail et pathologie douloureuse n'apporte pas d'éclairage particulier. Si nous voulons progresser pour une meilleure prise en charge du salarié douloureux, il nous faut raisonner symptôme douloureux. En médecine du travail, c'est un patient en général stabilisé dans sa pathologie que l'on voit lors de sa reprise et jugé capable de reprendre par son médecin traitant. La question posée alors est le retour à son poste. Il faut donc prévoir la possibilité d'aggravation de la douleur ou non du salarié à son poste.

2. 3. Pour cela, il nous faut d'emblée penser au modèle bio-psychosocial connu par les algologues pour les douloureux chroniques et changer de paradigme. Passer du paradigme traditionnel où le but de la prise en charge est d'identifier la cause pour traiter la lésion et donc obtenir la guérison, au paradigme de la prévention d'incapacité où le problème n'est plus la lésion mais l'incapacité du travailleur à reprendre son travail. La vision du problème n'est plus centrée sur l'individu mais est de type systémique où elle englobe le système social, où l'incapacité est d'origine multifactorielle. Le but de la prise charge en est le maintien ou le retour du travailleur à son emploi pour conserver ou recouvrer son rôle social. On passe d'un modèle explicatif biomédical, de causalité linéaire à un modèle biopsychosocial d'emblée, de causalité complexe⁶. Du travail qui altère la santé à travers une lésion, il nous faut penser désormais au travail qui protège l'individu dans toute sa dimension bio psycho-sociale.

2. 4. L'attention sera portée sur les Troubles Musculo-squelettiques-Rachialgies et les Risques Psycho-Sociaux. En effet, le lien épidémiologique et physiopathologique neuroendocrinien a été démontré entre TMS et souffrance au travail⁷ (rôle des cathécolamines, de l'axe corticotrope, des cytokines pro-inflammatoires...). L'ergonomie participative avec l'intervention d'un kinésithérapeute-ergonome dans l'entreprise a démontré son bénéfice au Canada (2). Sa mise en œuvre est faisable en France par l'intermédiaire de la médecine du travail qui d'une action préventive, devient alors thérapeutique sur la douleur.

5 Inserm (2012) Cancer et travail : travailler avec ou après un cancer

Disponible sur : <https://www.inserm.fr/.../cancer/.../cancer-et-travail-travailler-avec-ou-apres-un-cancer>

6 JB Fassier, MJ Durand, P Loisel, JF Caillard

Étude de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français- 2009 - usherbrooke.ca

7 P Davezies, 2013, Souffrance au travail, répression psychique et troubles musculo-squelettiques -Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 15-2

3. Le médecin du travail face au salarié douloureux chronique

Sa mission le conduit à étudier les situations de travail, afin notamment de mettre en évidence celles susceptibles d'altérer la santé du salarié ou d'aggraver une pathologie existante, à proposer des adaptations des postes, des techniques et des rythmes de travail, à conseiller le salarié et l'employeur dans le respect du secret médical. Il est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutation ou transformation de poste, justifiées par des considérations relatives notamment à l'état de santé du salarié. Il peut se faire aider d'une équipe pluridisciplinaire (infirmières, ergonome, psychologue).

Son rôle est donc très complémentaire de celui des médecins généralistes ou spécialistes. Il constitue le seul lien entre le monde des soins et l'entreprise. Il a la connaissance du poste et des relations humaines dans l'entreprise.

Des moyens légaux existent pour informer le médecin du travail de la situation du salarié. Les échanges peuvent prendre la forme d'un courrier rédigé à l'intention du médecin du travail et remis au salarié. Le médecin du travail peut recevoir le salarié au cours de l'arrêt de travail en visite de pré-reprise et le salarié n'est pas tenu d'en informer son employeur. Le médecin envisagera avec le patient les mesures nécessaires à une reprise dans les meilleures conditions : aménagement du poste, temps partiel thérapeutique. Une visite de reprise sera ensuite effectuée au moment du retour effectif. D'autre part, à tout moment un salarié en activité peut demander à rencontrer son médecin du travail pour lui faire part de ses difficultés.

Si cela s'avère utile, une démarche pour une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) peut être réalisée.

Conclusion

Les études nationales confirment le poids des douleurs chroniques notamment musculo-squelettiques dans la population française et l'impact sur le travail. Un travail collaboratif entre les praticiens (traitants et du travail) permet de réduire les conséquences médicales et socioprofessionnelles des douleurs.

Impacts du mésusage des médicaments antalgiques en France

Pr Nicolas AUTHIER

Service de Pharmacologie Médicale / CETD - UMR INSERM 1107

CHU / Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand

1. Données d'usage des antalgiques en France

En 2015, 66 % des français ont bénéficié d'au moins un remboursement d'un médicament antalgique et 17 % d'au moins un remboursement d'un antalgique opioïde. 16,7 % des français ont été remboursés d'au moins un antalgique opioïde faible (tramadol, codéine, poudre d'opium), soit -12 % depuis 2004 (diminution liée à l'arrêt du dextropropoxyphène) non totalement compensés par les hausses de prescription du tramadol (+113 %), de la codéine (+127 %) et de la poudre d'opium (+171 %). 0,92 % des français ont été remboursés d'au moins un opioïde fort (morphine, oxycodone, fentanyl), soit +74 % de français depuis 2004. Dans la douleur chronique non cancéreuse, les délivrances d'antalgiques opioïdes forts ont augmenté avec +71 % de patients depuis 2004. (Chenaf et coll, 2016; OFMA, Inserm 1107)

2. Problématique du mésusage en France

Le mésusage d'un médicament correspond à son usage en dehors de son AMM ou dans un non-respect des recommandations des sociétés savantes et des autorités sanitaires. Il peut être le fait de l'utilisateur qui recherche, par exemple, un effet autre que l'antalgie (anxiolyse, sédation, psychostimulant) ; mais aussi du prescripteur qui ne respecte pas l'AMM ou les recommandations (fentanyl transmuqueux hors cancer) (Gibaja, 2015) ; et du dispensateur, le pharmacien, dans le cadre de l'automédication (codéine et dépendance, ibuprofène et grossesse) (Roussin et coll, 2015). Le mésusage concerne principalement les antalgiques opioïdes, mais aussi les gabapentinoïdes (plus fréquent en cas de dépendance aux opioïdes) ou les AINS (pendant la grossesse) (Bossard et coll, 2016). Les données d'addictovigilance de l'ANSM et la littérature scientifique rapportent des cas de mésusage pour tous les antalgiques opioïdes les plus prescrits. Ces notifications augmentent avec la hausse de l'exposition à ces médicaments et concerneraient majoritairement des patients dans un contexte de douleur et le plus souvent une population féminine. Il existe néanmoins certaines spécificités. La codéine (antalgique ou antitussive) fait l'objet de plus en plus fréquemment de cas d'abus, associés parfois à des overdoses, par les adolescents ou jeunes adultes à visée récréative (ANSM, 2016). Le fentanyl transmuqueux est à l'origine de la majorité des cas de pharmacodépendance avec cette substance, lorsqu'il est prescrit en dehors des douleurs cancéreuses (hors AMM) et en l'absence de traitement antalgique opioïde à libération prolongée associé (Gibaja et coll, 2015). L'usage détourné des antalgiques par les usagers de drogues existe aussi, notamment avec le sulfate de morphine. En effet, celui-ci fait l'objet, pour quelques milliers d'usagers d'opiacés illicites, de médicament de substitution ou de substitut récréatif d'héroïne (Peyrière et coll, 2016). L'oxycodone a aussi été retrouvée à hauteur de 10 % dans les urines de patients non douloureux, dépendants aux opioïdes et substitués, suivis dans des centres d'addictologie (Roche et coll, 2015).

Enfin, au-delà des problématiques d'abus, il ne faut pas oublier la persistance de prescriptions d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), majoritairement l'ibuprofène, évaluées à au moins 9 000 femmes enceintes par an, hors automédication, du 6^{ème} au 9^{ème} mois de grossesse (Delorme et coll, 2016 ; ANSM, 2017).

3. Émergence d'un signal concernant les intoxications aux antalgiques opioïdes en France

Aux USA, il a été rapporté +153 % d'hospitalisations aux urgences de 2004 à 2015 pour mésusage ou abus de médicaments opioïdes. De 2000 à 2014, 4 fois plus de décès liés aux overdoses de médicaments opioïdes : 1,5 à 5,9 décès pour 100 000 personnes. Les données françaises du PMSI, de CépiDC et du SNIIRAM ont été analysées récemment par l'observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA, Inserm 1107) et présentées à l'ANSM en mai 2017. Elles rapportent, entre 2004 et 2015, une augmentation des décès imputables aux opioïdes de +161 % et une augmentation de + 128 % des hospitalisations liées à des overdoses aux opioïdes. L'analyse préliminaire de ces hospitalisations pour overdoses retrouve, dans 57 % des cas, une population d'un âge médian de 60 ans et féminine à 65 %, hors cancer, dépendance ou situation palliative.

Mésusage des antalgiques

Propositions : Sécuriser au mieux l'utilisation des médicaments antalgiques sans restreindre l'accès aux patients douloureux. Optimiser leur pharmacosurveillance.

Pour cela, il semble important de :

1. maintenir un effort régulier de sensibilisation des usagers et des professionnels de santé aux facteurs de risques de mésusage et à l'identification des comportements de mésusage ou d'abus des antalgiques opioïdes et des gabapentinoïdes ;
2. créer des campagnes d'information répétées impliquant les différentes autorités sanitaires, les sociétés savantes et les associations de patients sur les risques ou populations spécifiques à risque : automédication (codéine), grossesse (AINS), risque d'overdose par les antalgiques opioïdes, usagers de drogues (gabapentinoïdes, opioïdes) ;
3. initier une action de santé publique nationale pour la réduction des overdoses aux antalgiques opioïdes, avec un objectif à 5 ans de réduction d'au minimum 50 % de ces complications évitables, notamment en proposant une plus grande accessibilité à la naloxone aux patients douloureux ;
4. accompagner la mise en place d'un observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA), dont la mission principale sera la pharmacosurveillance et la promotion du bon usage de ces médicaments en partenariat avec les autorités sanitaires et les sociétés savantes concernées (SFETD, SFPT...).

Références

Chenaf et coll. Trends in opioid analgesic use, doctor shopping and mortality in France from 2004 to 2014. *Fundam Clin Pharmacol*, 2016 april; 30(S1):30

Roussin et coll. Misuse and dependence on non-prescription codeine analgesics or sedative H1 antihistamines by adults: a cross-sectional investigation in France. *PLoS One*. 2013 Oct 3;8(10):e76499.

Gibaja V. Mésusage du fentanyl à libération immédiate : quand la dépendance s'installe. *Le Courrier des Addictions*, N° 3, sept. 2015.

Bossard et coll. Disproportionality Analysis for the Assessment of Abuse and Dependence Potential of Pregabalin in the French Pharmacovigilance Database. *Clin Drug Investig*. 2016 Sep;36(9):735-742.

Peyrière et coll. Evidence of slow-release morphine sulfate abuse and diversion: epidemiological approaches in a French administrative area. *Fundam Clin Pharmacol*. 2016 Oct;30(5):466-75.

Roche et coll. Consommation d'opioïdes avant protocole de substitution aux opiacés . *Courrier des Addictions*, N° 3, sept. 2015.

Delorme et coll. Analgesic drug dispensation patterns before and during pregnancy: a retrospective cohort study in France. *Fundam Clin Pharmacol*, 2016 april; 30(S1):30

ANSM. Point d'information : Usage détourné de médicaments antitussifs et antihistaminiques chez les adolescents et les jeunes adultes. 10 mars 2016.

ANSM. Point d'information : Rappel : Jamais d'AINS à partir du début du 6ème mois de grossesse. 26 janvier 2017.

Douleurs chez les enfants et adultes en situation de handicap

Dr Justine AVEZ-COUTURIER

Hôpital Roger Salengro, Neuropédiatrie - Consultation douleur enfant, Lille

Dans cette population, la prise en charge de **la douleur fait partie des principales attentes des patients** et des familles^{1,2}. Pourtant, elle est considérée comme **sous diagnostiquée et sous traitée**, particulièrement lorsqu'il existe des difficultés à exprimer verbalement la douleur^{3,4}. Les **difficultés de communication** compliquent la représentation d'un phénomène subjectif et individuel comme la douleur. Les soignants sont confrontés à leurs croyances, représentations et expériences préalables. Les soignants, même expérimentés et sensibilisés à la problématique de la douleur, n'estiment pas toujours pouvoir évaluer, localiser ou traiter correctement une douleur chez un enfant en situation de handicap par exemple⁵. **Il existe pourtant des moyens d'évaluation de la douleur de l'enfant ou de l'adulte en situation de handicap**. Les moyens d'auto-évaluation sont sous-utilisés dans cette population, alors que les personnes présentant une déficience intellectuelle légère à modérée ou un handicap uniquement moteur sont tout à fait capables de les utiliser⁶. Dans le cas contraire, des outils dits d'hétéro-évaluation ont été développés spécifiquement pour permettre aux soignants, parents ou aidants d'évaluer la douleur des patients. **L'utilisation de ces outils doit être développée** à l'hôpital comme dans les établissements médico-sociaux.

Il y a peu d'études sur la fréquence de la douleur chez les personnes en situation de handicap, mais elles représentent une **population à risque**⁷. En effet, ces patients présentent des pathologies musculo-squelettiques, digestives, cutanées ou urinaires douloureuses, conséquences de leur handicap ou de la maladie sous-jacente. Ils sont à risque de douleurs liées aux soins, dont certains sont répétés quotidiennement (toilette, sondage, pansement). En cas d'atteinte neurologique, ils peuvent également présenter des douleurs neuropathiques dont le diagnostic et l'évaluation vont être particulièrement difficiles en cas de difficultés de communication. Chez l'enfant, quelques études suggèrent que la fréquence de la douleur est plus élevée que dans la population pédiatrique générale⁸.

Comme dans la population générale, **la douleur a des conséquences sur la qualité de vie des patients représentant alors un sur-handicap**. Dans la paralysie cérébrale, la douleur est responsable d'une diminution du bien être psychologique et du fonctionnement scolaire^{9,10}. La douleur impacte également les autres domaines (communication, activités quotidiennes, sociabilité et motricité) ou le sommeil¹¹. Les conséquences de la douleur semblent plus importantes lorsque le handicap est plus sévère, comme cela a été montré dans la déficience intellectuelle¹². **La douleur a aussi des conséquences chez les aidants**. Les parents d'enfants en situation de handicap ayant une douleur modérée à sévère ont un risque plus élevé de stress¹³.

En termes de traitement, le manque d'études dans cette population est criant. **Les principes de base du traitement antalgique peuvent être appliqués, mais ne le sont pas toujours** comme le montrent des études réalisées en chirurgie : les patients en situation de handicap recevaient moins de médicaments que les autres et leur douleur était moins souvent évaluée^{14,15}. Lors d'une prescription d'antalgiques, il faut être plus attentifs aux problèmes de tolérance et d'effets secondaires chez ces patients fragiles et souvent poly-médicamentés.

Les enfants et adultes en situation de handicap représentent une population à risque de douleur. Elle est sous diagnostiquée et sous traitée. Le manque d'études dans cette population est criant. Des méthodes d'évaluation de la douleur spécifiques existent, mais leur utilisation doit être renforcée.

1. La Fondation Motrice. Infirmité Motrice Cérébrale / Paralysie Cérébrale : Prospective [Internet]. 2009. Disponible sur: www.lafondationmotrice.org/LivreProspective/LivreProspectiveIntegral.pdf
2. Allard A, Fellowes A, Shilling V, et al. Key health outcomes for children and young people with neurodisability: qualitative research with young people and parents. *BMJ Open*. 2014;4(4):e004611.
3. McGrath PJ, Rosmus C, Canfield C, et al. Behaviours caregivers use to determine pain in non-verbal, cognitively impaired individuals. *Dev Med Child Neurol*.1998;40(5):340-3.
4. McGuire BE, Daly P, Smyth F. Chronic pain in people with an intellectual disability: under-recognised and under-treated? *J Intellect Disabil Res*. 2010;54(3):240-5.
5. Oberlander TF, O'Donnell ME. Beliefs about pain among professionals working with children with significant neurologic impairment. *Dev Med Child Neurol*.2001;43(2):138-40.
6. Zabalia M. Beyond Misconceptions: Assessing Pain in Children with Mild to Moderate Intellectual Disability. *Front Public Health* [Internet]. 26 juill 2013 [cité 30 déc 2013];1. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3854976/>
7. de Knecht N, Scherder E. Pain in adults with intellectual disabilities. *Pain* 2011;152(5):971-4.
8. Parkinson KN, Dickinson HO, Arnaud C, et al. Pain in young people aged 13 to 17 years with cerebral palsy: cross-sectional, multicentre European study. *Arch Dis Child*. 2013;98(6):434-40.
9. Badia M, Riquelme I, Orgaz B, et al. Pain, motor function and health-related quality of life in children with cerebral palsy as reported by their physiotherapists. *BMC Pediatr*. 2014;14(1):192.
10. Böling S, Tarja V, Helena M, et al. Measuring quality of life of Finnish children with cerebral palsy. *J Pediatr Rehabil Med*. 2013;6(3):121-7.
11. Breau LM, Camfield CS. Pain disrupts sleep in children and youth with intellectual and developmental disabilities. *Res Dev Disabil*. 2011;32(6):2829-40.
12. Breau LM, Camfield CS, McGrath PJ, et al. Pain's impact on adaptive functioning. *J Intellect Disabil Res*. 2007;51(Pt 2):125-34.
13. Parkes J, Caravale B, Marcelli M, et al. Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross-sectional survey. *Dev Med Child Neurol*.2011;53(9):815-21.
14. Long LS, Ved S, Koh JL. Intraoperative opioid dosing in children with and without cerebral palsy. *Paediatr Anaesth*. 2009;19(5):513-20.
15. Malviya S, Voepel-Lewis T, Tait AR, et al. Pain management in children with and without cognitive impairment following spine fusion surgery. *Pediatr Anesth*. 2001;11(4):453-8.

Douleurs orofaciales

Dr Céline MELIN¹, Pr Yves BOUCHER²

¹ Hôpital Estaing, Consultation douleurs chroniques de la face, Clermont-Ferrand, ² Université Paris 7 - Denis-Diderot, UFR odontologie & Centre de Psychiatrie et Neurosciences, Paris

Parmi les **douleurs orofaciales aiguës**, la douleur dentaire est la plus fréquente et l'une de ses caractéristiques principales est l'association forte avec l'anxiété, qui entraîne des comportements phobiques induisant des retards ou absence de soins. L'accès aux soins dentaires est également limité par le coût et l'insuffisance de prise en charge des personnes vulnérables nécessitant des prises en charges adaptées (patients en situation de handicap, enfants, patients phobiques des soins dentaires). Le développement des soins de prévention, ainsi que les techniques de sédation devraient être améliorées.

Les **douleurs orofaciales chroniques** regroupent, quant à elles, un certain nombre d'affections hétérogènes et spécifiques de la partie céphalique du corps. Leur point commun est le manque de connaissances à leur sujet. Les données épidémiologiques sont peu nombreuses et disparates, les critères diagnostics sont rarement clairs et les diagnostics se font souvent par élimination, les mécanismes physiopathologiques sont mal connus et la prise en charge complexe. Que ce soit pour les douleurs musculo-articulaires de l'appareil manducateur, les stomatodynies ou les douleurs dento-alvéolaires persistantes, les différents spécialistes (chirurgiens-dentistes, stomatologues, chirurgiens maxillo-faciaux, ORL, neurologues) se renvoient la balle. Le manque de connaissances scientifiques se traduit par une absence de recommandations claires et au final, la pratique de traitements iatrogènes ou l'absence de prise en charge entraînant un nomadisme médical.

Les grands défis des douleurs orofaciales chroniques sont d'améliorer leur diagnostic et leur prise en charge. Pour ce faire, il semble important de :

1. **Développer des projets de recherche clinique multicentriques, afin de disposer de données épidémiologiques fiables, de mieux comprendre les mécanismes physiopathologiques de ces douleurs, d'améliorer la prise en charge pharmacologique et/ou non pharmacologique de ces maladies.**
2. **Renforcer la formation des professionnels de santé confrontés à ces maladies, afin qu'ils puissent au minimum diagnostiquer et orienter ces patients.**
3. **Renforcer les équipes de prise en charge de ces douleurs bien spécifiques. Il n'existe à ce jour que 10 consultations spécialisées douleurs orofaciales en France.**

La douleur aux urgences

Pr Eric VIEL

Hôpital Carémeau, CETD, Nîmes

1. La douleur aux urgences hospitalières

La douleur aiguë est un motif fréquent de recours aux services d'urgences : 60 % des patients qui consultent dans un service d'accueil des urgences ressentent une douleur aiguë (d'étiologie médicale, chirurgicale ou traumatique). De plus, pour 85 % d'entre eux, la douleur constitue le motif principal de recours. Au problème de la douleur liée à une pathologie aiguë, s'ajoute le problème des patients douloureux chroniques qui peuvent être amenés à recourir à ces mêmes structures. Le problème de la douleur et de l'oligoanalgésie en service d'urgence est une donnée connue de longue date qui se pose avec plus de difficultés encore lorsqu'il s'agit de patients douloureux chroniques qui posent des problèmes spécifiques d'évaluation et de traitement. Un travail récemment publié montre que près de 23 % des patients consultant aux urgences pour le motif « douleur » sont porteurs de douleurs neuropathiques, condition pathologique qui relève de traitements spécifiques et ne répond généralement pas à la prescription analgésique uniquement fondée sur l'intensité de la douleur et la gradation des traitements en trois paliers, encore trop souvent utilisée en routine quotidienne. Plusieurs études épidémiologiques françaises et européennes montrant que près d'un tiers de la population générale souffre de douleurs chroniques, au premier plan desquelles se retrouvent les céphalées les et rachialgies, il n'est guère surprenant que nombre de ces patients fréquentent chaque année, parfois de manière récurrente, un service d'urgence.

2. Le traitement des douleurs aux urgences

Au-delà de l'oligoanalgésie encore trop souvent constatée, se pose depuis peu le problème du mésusage médicamenteux des opioïdes qui, s'il n'a pas (pas encore ?) pris les proportions constatées outre-atlantique d'un véritable problème de santé publique, prend assez rapidement une part non négligeable. Chez ces patients, en particulier les consommateurs chroniques d'opioïdes, le risque de sous-dosage, de surdosage, d'interactions et d'interférences médicamenteuses est accru. C'est particulièrement le cas chez les patients utilisant déjà des associations médicamenteuses incluant opioïdes et/ou antidépresseurs et/ou anticonvulsivants et/ou benzodiazépines. La prescription en contexte d'urgence d'opioïdes à libération immédiate fait en effet courir un risque d'insuffisance analgésique et d'effets collatéraux, un risque d'utilisation excessive par insuffisance d'analgésie perçue et, à terme, un effet d'accoutumance, de dépendance et d'hyperalgésie. Une corrélation significative est retrouvée entre la prescription d'opioïdes à libération immédiate et une fréquence accrue de réadmissions en service d'urgence et d'hospitalisations non programmées. La principale cause paraît être une méconnaissance des règles de prescription des opioïdes (doses, chez ces patients particuliers). Les patients douloureux chroniques contribuent à la surcharge des services d'urgences alors que de nombreux travaux confirment que ces services ne représentent pas l'idéal pour traiter la douleur chronique, en raison de la complexité médicale, voire médico-sociale de ces patients. Il existe en outre un risque pour ces patients de compromettre leur prise en charge à long

terme et l'efficacité même des thérapeutiques entreprises. Cependant, il n'existe pas de structures douleur dans tous les établissements et, lorsqu'elles existent, elles ne sont pas disponibles 24h/24 et/ou les jours fériés. Les raisons qui poussent les patients douloureux chroniques, en phase d'acutisation de leurs douleurs à s'adresser à un service d'urgence tiennent pour l'essentiel à l'absence d'autre alternative permettant une prise en charge plus appropriée (horaires de travail, automédication inefficace, absence de moyen de transport, manque d'argent ou de couverture sociale appropriée) et qui les conduisent à consulter lorsque l'intensité de la douleur devient intolérable. L'horaire (après la fermeture des cabinets médicaux) ou le jour (week-ends) est une autre grande raison de recours aux services d'accueil des urgences.

Face à ces constatations, la prise en charge de la douleur aigüe à l'accueil des urgences doit être une priorité pour l'ensemble des équipes médicales et paramédicales. Il est donc essentiel de mobiliser l'ensemble des professionnels de l'urgence sur la problématique «douleur», sans oublier par ailleurs les professionnels de l'urgence pré-hospitalière :

- par la mise en place d'action de formation auprès des professionnels de santé, médecins (renforcement des thèmes «douleur» et «analgésie» dans le programme pédagogique du DES de Médecine d'Urgence) et infirmiers, notamment dans leur activité d'infirmiers d'orientation et d'accueil (IAO) ;
- par la valorisation des services d'urgences sur leurs actions d'accueil visant à améliorer la prise en charge de la douleur, notamment par la redéfinition des pratiques exigibles prioritaires des procédures de certification ;
- par la ré-écriture de la charte des patients hospitalisés pour inclure la thématique «douleur aux urgences »

Références

- Ricard-Hibon A, Ducassé JL, Ravaud P, Wood C, Viel E, Chauvin M, et al. Quality control program for acute pain management in emergency medicine: a national survey. *Eur J Emerg Med.* 2004; 11:198-203
- Lecomte F, Gault N, Koné V, Lafoix C, Ginsburg C, Claessens Y-E, et al. Prevalence of neuropathic pain in emergency patients; an observational study. *Am J Emerg Med.* 2011; 29:43-9
- Ernst FR, Mills JLR, Berner T, House J, Herndon C. Opioid medication practices observed in chronic pain patients presenting for all-causes to emergency departments: prevalence and impact on healthcare outcomes. *J Manag Care Spec Pharm.* 2015; 21:925-36
- Okie S. A flood of opioid, a rising tide of deaths. *N Engl J Med.* 2010; 363:1981-5
- Motov SM, Khan A. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *J Pain Res* 2008; 2:5-11
- Poon SJ, Greenwood-Ericksen MB. The opioid prescription epidemic and the role of emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 2014; 64:490-6
- Weiner SG, Perrone J, Nelson IS. Centering the pendulum: The evolution of emergency medicine opioid prescribing guidelines. *Ann Emerg Med.* 2013; 62:241-3
- American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the prescribing of opioids for adult patients in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2012; 60:499-725
- McLeod D, Nelson k. The role of the emergency department in the acute management of chronic or recurrent pain. *Australas Emerg Nurs J* 2013; 16:30-6



Partie 3

Les professionnels de la prise en charge de la douleur

Les professionnels de la prise en charge de la douleur

Parcours professionnels des médecins de la douleur

Dr Malou NAVEZ

Hôpital Nord, CETD, Saint-Etienne

1. Historique

La création des structures douleur en France a été initialisée par des médecins pionniers, engagés, exerçant dans leur discipline d'origine (anesthésie, neurologie neurochirurgie, rhumatologie, médecine générale) et convaincus de la nécessité d'une prise en charge pluridimensionnelle et multidisciplinaire de la douleur dans des structures plus spécifiques sur le modèle anglo-saxon.

Les lois de santé successives (circulaires DGS 1994 et 1998) ont organisé et règlementé le cursus nécessaire pour que les médecins soient habilités à exercer dans ces structures et définit le cadre de la prise en charge de la douleur chronique, le tronc commun de savoir médical par la capacité douleur puis le DESC médecine de la douleur - médecine palliative, l'organisation médicale indispensable dans chaque structure composée de médecins somaticiens et d'un psychiatre.

Le parcours professionnel des médecins de la douleur s'est modifié au fil des décennies. Auparavant, ces médecins exerçaient dans leur spécialité d'origine, puis s'orientaient vers la Douleur Chronique du fait de leur pratique spécifique (douleur péri-opératoire du cancer, rachis, orthopédie pour l'anesthésie, céphalées douleur neuropathique pour la neurologie, douleur rachidienne fibromyalgie pour le rhumatologue...). Enfin la création du DESC a permis d'intégrer de jeunes médecins lors de leur cursus universitaires, la médecine générale étant la plus souvent représentée.

2. Les médecins de la douleur

Les médecins participant aux structures douleur, peuvent être de spécialités différentes, mais partageant un socle de savoir et de compétences commun basé sur une vision multidimensionnelle de la douleur ouverte sur la psychologie, et ce grâce à une formation spécifique de deux ans. Cette culture commune, en plus de leur spécialité d'origine, leur permet d'avoir une expertise à la fois globale et spécifique dans leur domaine de compétence (expertise et accès à des techniques spécialisées), de partager les savoirs, de collaborer et de travailler en équipe et avec le médecin traitant, d'offrir une pratique multidisciplinaire (HAS 2008).

La répartition des spécialités médicales au sein des structures fait apparaître une proportion importante d'anesthésistes et de médecins généralistes par rapport aux autres spécialités. Les psychiatres sont peu nombreux et souvent à temps partiel, la prise en charge psychique étant assurée dans un grand nombre de structures par des psychologues. Les neurologues, de manière récente, sont plus nombreux en particulier dans les postes à responsabilités. Les pédiatres ou les médecins habilités exercent dans les structures identifiées pour l'enfant ou mixte adulte enfant. Le médecin coordinateur, quel que soit sa spécialité d'origine, veille à l'exercice de cette pluridisciplinarité et cimente l'équipe pluri-professionnelle.

Ces médecins doivent avoir des compétences dans le domaine de la recherche et de l'enseignement, afin de diffuser très largement la culture Douleur.

3. Les difficultés

Les postes médicaux sont soumis aux contraintes budgétaires et de démographie médicale. Bien que les structures douleur ont pour la plupart une authentique autonomie administrative et des postes sanctuarisés, certaines rencontrent des fragilités : postes partagés entre spécialités, postes prêtés par d'autres spécialités elles même en difficulté, manque d'attractivité aux dépens des soins palliatifs ou les postes médicaux sont plus sécurisés. L'exercice médical, dans les structures communes douleur et soins palliatifs (créés pour des raisons économiques et de disponibilités des postes médicaux) partage, certes, la même vision pluridisciplinaire mais se distingue par des finalités différentes, des expertises et des traitements non superposables (le cas des structures très spécialisées sur la douleur liée au cancer reste à part).

Le médecin de la douleur doit savoir créer et activer les filières et les réseaux permettant de proposer aux patients l'ensemble des panels d'expertise et de thérapies utiles (médicamenteuses, non médicamenteuses), même celles non disponibles dans sa propre structure.

Enfin, la participation à la recherche et à l'enseignement est souvent chronophage, amputant l'activité clinique déjà surchargée et demande une expertise et un savoir-faire particulier.

Les médecins de la douleur

Points forts

- Un enseignement diplômant en formation initiale sur la douleur précurseur en Europe
- Un enseignement transversal, multidisciplinaire et multiprofessionnel, avec une part clinique prépondérante (deux ans)
- Des médecins sensibilisés à la recherche, à l'enseignement et à la diffusion de la culture douleur grâce à cette formation

Risques

- Activités nombreuses et chronophages difficiles à mener dans le contexte de pénurie des professionnels de santé
- Manque de médecins formés posant le problème de la pérennisation
- Suppression du DESC « médecine de la douleur » rendant la formation fragile et peu visible pour les étudiants

Propositions

- Reconnaître la « douleur » comme une spécialité
- Améliorer la filière d'accès aux consultations et aux structures de prise en charge de la douleur

Les professionnels de la prise en charge de la douleur

L'infirmier Ressource Douleur (IRD)

Christine BERLEMONT¹, Aline LE CHEVALIER²

¹Hôpital Bicêtre, CETD, Le Kremlin Bicêtre, ²Établissements du Bessin, Réseau Régional Douleur Bas-Normand, BAYEUX

Depuis 1994, les infirmiers ont intégré progressivement les postes fonctionnels au sein des structures de prise en charge de la douleur chronique ou en mission transversale au sein d'un établissement. Le rôle infirmier se limitait alors à la réalisation de soins dispensés sur prescription médicale (relation d'aide, pose de neurostimulateur transcutané à visée antalgique, aide à la pose de dispositif d'analgésie locorégionale...).

L'intégration des infirmiers dans ces équipes pluri professionnelles leur a permis d'acquérir des compétences et responsabilités nouvelles, de développer une expertise dans le champ de la douleur. Très rapidement, les infirmiers vont structurer leurs savoirs et faire émerger leur identité propre en s'engageant dans des formations spécifiques (Diplôme Universitaire de Prise en charge de la douleur, Formation à la clinique infirmière, Formation aux pratiques psychocorporelles [hypnose, sophrologie], etc...).

1. L'infirmier Ressource Douleur

Avant le 2^e Plan gouvernemental de Lutte contre la Douleur 2002-2005, les « infirmiers douleur » étaient appelés « infirmiers référents douleur », qu'ils aient une activité de mission de référence dans un service ou une activité transversale dans l'établissement. Le profil de poste proposé par le Ministère (annexe de la circulaire du 30 avril 2002) sous l'intitulé « Personnel infirmier spécifiquement chargé de l'amélioration de la prise en charge de la douleur » définit son rôle comme « Personne ressource pour l'établissement de santé, les soignants et ponctuellement, pour les personnes malades, il assure une fonction transversale ». Ainsi, la dénomination « Infirmier Ressource Douleur (IRD) » est proposée par la commission infirmière, afin de distinguer l'infirmier « référent » ayant une mission « douleur » dédiée dans son service et l'infirmier « ressource » ayant une activité transversale dans l'établissement et par extension, exerçant au sein d'une structure de prise en charge de la douleur chronique.

Une enquête réalisée en 2005 a permis de faire l'état des lieux des différentes activités des IRD. La commission infirmière de la SFETD a ainsi un référentiel d'activités de l'IDR « afin d'aider les professionnels concernés et les institutions à mieux identifier cette fonction infirmière spécifique » (Moreaux & Thibaud 2006).

2. La consultation infirmière

Au cours de ces dernières années, force est de constater que les IRD ont apporté une contribution importante à la prise en charge des patients douloureux chroniques en développant, selon le modèle de Caplan (Caplan & Caplan 1993) :

- des consultations de 1ère ligne, en appliquant leur expertise directement au service du patient douloureux chronique ;
- des consultations de 2ème ligne, en appliquant leur expertise auprès d'un autre professionnel de santé, à l'initiative de la demande, qui éprouve une difficulté face à une situation clinique donnée.

Le développement de la consultation infirmière a amené la Commission Professionnelle Infirmière (CPI) de la SFETD à proposer un référentiel d'activités de consultation clinique infirmière, dont l'objectif principal est d'apporter une aide aux infirmiers à la mise en œuvre de cette pratique. Il apporte également des éléments quant au rôle, compétences et activités des infirmiers exerçant au sein de structures dédiées à la prise en charge de la douleur ou en poste transversal identifié.

Dans la continuité, en 2016, la CPI de la SFETD s'inscrit dans une démarche d'élaboration d'un référentiel d'activités et de compétences des IRD, qui, in fine, constituera un document ressource pour la valorisation de leurs activités et leur formation.

Afin de répondre aux prochains besoins de santé (croissance des maladies chroniques), la profession infirmière évolue sans cesse. Les IRD s'inscrivent dans cette dynamique et souhaitent voir développer la spécialité clinique, la pratique avancée déjà actée dans la loi de modernisation mais en attente de décret d'application, et la recherche infirmière.

Les Infirmières Ressource Douleur (IRD)

Points forts

Expertise clinique douleur permettant aux infirmiers ressource douleur d'assurer une prestation de qualité au sein des structures et auprès des patients, d'accompagner leurs collègues infirmiers en difficulté face à la complexité des patients douloureux, de proposer des formations (cf. chapitre)

Risques

Malgré « l'obligation » d'être détenteur d'un DU ou DIU douleur, les critères ne sont pas toujours respectés. La mutualisation des postes infirmiers au sein des établissements fragilise les postes des structures, des réseaux qui ne sont pas pérennisés avec un risque de disparition. Quant à l'exercice en libéral, il reste à ce jour complexe à mettre en œuvre. Or, la politique actuelle est de limiter les prises en charge au sein des structures hospitalières et de développer les soins à domicile.

Propositions

Avec la réingénierie des diplômes paramédicaux (Licence Master Doctorat), créer la filière master-doctorat afin de développer l'expertise infirmière douleur (Infirmière clinicienne en pratique avancée douleur, et développer la recherche infirmière dans le domaine de la douleur), mettre en place une cotation infirmière et désenclaver l'exercice libéral (création de cotation de consultation infirmier, travail en pluriprofessionnalité)

Références bibliographiques :

Circulaire DGS/DH n°98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle

Loi de santé publique du 4 mars 2002 relative aux droits des malades / « Article L1110-5 Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 1

Instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur

Instruction DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016 NOR : AFSH1613721J

Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé

Les professionnels de la prise en charge de la douleur :

Psychologue en SDC

Véronique BARFETY-SERVIGNAT¹, Séverine CONRAD²

¹CHU, Consultation douleur et rhumatologie, Lille, ²Hôpital Central, CETD, Nancy

D'abord pluridisciplinaire, les recommandations HAS se sont attachées par la suite à la pluriprofessionnalité, qui est aujourd'hui validée dans les labellisations des SDC. Aujourd'hui, le référentiel concernant la prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux chroniques précise et systématise la participation des psychologues aux situations complexes. Leur spécificité est requise dans l'évaluation psychologique et psychopathologique ainsi que dans le cadre des psychothérapies, quel que soit les moyens utilisés.

1. Profession Psychologue

Attachés à la personne et professionnels du fonctionnement psychique, les psychologues sont centrés sur la parole, l'attention et l'écoute professionnelle. Leurs compétences sont issues d'un processus de formation universitaire de niveau master ou doctoral et d'une culture professionnelle solide qui définissent les conditions particulières que cet exercice requiert. C'est un praticien des sciences humaines, non somaticien, ni médical, ni paramédical qui dépend d'un cadre législatif spécifique. Dès la formation initiale, le psychologue s'inscrit dans un champ de pensée avec une grille de lecture des problématiques. Les méthodes et des outils diffèrent dans chaque référentiel et c'est bien le praticien qui fait le choix de ses outils et méthodes. L'évaluation psychique est toujours de la compétence du psychologue et du médecin psychiatre. Il peut en découler l'indication d'un suivi psychothérapeutique qui sera assuré exclusivement par un professionnel psychologue.

2. Le psychologue en SDC

Le psychologue est un partenaire de soin, il s'inscrit dans une équipe tout en conservant son autonomie d'exercice. Dans le cadre de sa consultation en clinique de la douleur, le praticien psychologue porte une attention particulière à la plainte corporelle et à ses fonctions subjectives chez le patient.

Dans son activité clinique en SDC, le psychologue est en charge de l'évaluation clinique et psychopathologique : évaluation de la personnalité, évaluation thymique, ATCD psychopathologiques. Il s'attache à l'intégration de la problématique en jeu dans l'expression du symptôme et vise au soulagement quel que soit la méthode. En clinique de la douleur de l'enfant et l'adolescent, le psychologue accorde une place primordiale aux parents - ce sont eux qui portent la demande et la soutiennent - et l'évaluation se complète de la prise en compte du développement de l'enfant et de la dynamique familiale.

En clinique de la douleur, il s'agit aussi pour le psychologue de collaborer avec le médecin somaticien dans l'approche de la complexité de sa relation avec le malade et de l'aider à supporter et/ou à comprendre ce qui peut invalider son arsenal thérapeutique (staff, RCP, dynamique d'équipe...).

Dans son activité institutionnelle, il participe aux réunions cliniques, aux réunions de pôle, au conseil éthique, aux réseaux douleur et au collège des psychologues de l'établissement ou au collège régional.

Dans son activité de formation et d'enseignement, il intervient en formation initiale et en formation continue dans les facultés des disciplines psychologiques, médicales et paramédicales dont les enseignements comportent un module douleur.

Dans son activité de recherche, il développe une recherche clinique individuelle ou collective et contribue aux travaux de la communauté scientifique douleur. Par l'encadrement des étudiants psychologues, il participe à la transmission du savoir.

Conclusion

Les psychologues assurent les fonctions d'évaluation psychologique et psychopathologique que personnes d'autres n'assument au sein des SDC. Pour autant l'enquête réalisée en 2016 par la commission des psychologues de la SFETD met en évidence les points suivants:

- Le temps de travail alloué à la fonction du psychologue en SDC est largement insuffisant : l'enquête SAE 2014 sur les 230 SDC labellisées montrait aussi qu'en moyenne il y avait **moins de 0,2 consultation psychologue pour 1 consultation médicale**. Dès lors comment la prise en charge bio-psycho-sociale est t-elle réalisée dans les SDC labellisées ?
- Pour la majorité des psychologues en SDC, leur statut relève d'un contrat CDD ou CDI, qui participe et entretient la précarité du statut de psychologue au sein des SDC.
- Le temps dit FIR, qui permet d'assurer les missions d'enseignement, de formation et de recherche, n'était accessible que pour la moitié des psychologues en exercice en SDC. Quel impact sur l'activité de recherche et d'enseignement si les psychologues ne peuvent participer à ces missions ?

Enfin, l'absence de valorisation de l'activité des psychologues en SDC, puisque ces actes ne sont pas cotés, pose aujourd'hui un réel problème aux psychologues (sans valorisation financière, pas de reconnaissance et précarité de l'emploi) et aux SDC au delà des MIG (postes dépendant de la labellisation, donc des consultations médicales, et ne permettant pas d'assurer la pérennité des évaluations psy et des prises en charge).

Le psychologue en SDC

Points forts

- La labellisation prévoit une évaluation pour chaque patient.
- Les professionnels psychologues assurent les missions d'évaluations psychologiques, notamment psychopathologiques
- Les psychologues sont habilités pour remplir cette mission

Risques

- Pas de possibilité d'assurer cette mission essentielle compte tenu du temps alloué largement insuffisant
- Pas de possibilité de pérenniser les postes dans les structures compte tenu de la trop grande importance des temps partiels et des contrats précaires

Propositions

- Valoriser l'activité des psychologues des SDC pour permettre aux structures d'intégrer pleinement cette activité
- Valoriser le temps de recherche et d'enseignement pour actualiser les connaissances et pour assurer innovation, transmission et formation

Bibliographie

1. Enquête nationale soma-psy <http://docplayer.fr/18976069-Enquete-nationale-soma-psy-ensp-psys-et-somaticiens-sur-les-structures-douleurs-une-collaboration-a-l-epreuve-des-moyens.html>
2. Cahier de la SFETD n°1 La prise en considération de la dimension psychologique des douloureux chroniques. http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/cahier_sfetd_n1_-_mars_2013.pdf
3. Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant statut du titre de psychologue, Modifié par Ordonnance n°2016-1809 du 22 décembre 2016 - art. 12
4. http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/fiche_metier_psy_douleur_juillet_2013.pdf
5. Bachelart M, Bioy A, Nègre I (2011) Place et fonctions du psychologue en structure douleur, Douleurs, 12, 4, 189-195
6. Defontaine-Catteau (2012) Actualisation de l'évaluation de la douleur chronique ; l'évaluation psychologique, Douleurs, Vol13, Supplément 1, p A4-A5
7. Minjard R, Castagnet C, Heritier S, Moyenin C (2016) L'évaluation psychologique » en structure d'évaluation et traitement de la douleur chronique : une nouvelle figure de la paradoxalité ?, Douleur et Analgésie, 29/3, 145-151

Le kinésithérapeute et la douleur

Thomas OSINSKI¹, Yannick BARDE CABUSSON²

¹Kinésithérapeute, Andrézy, ²Kinésithérapeute, Le Cap d'Agde

1. Kinésithérapie et douleur

1. 1. Définition et Démographie

La kinésithérapie (ou physiothérapie) est une discipline de santé centrée sur le mouvement et l'activité de l'humain. Elle s'intéresse à l'ensemble des déficiences et incapacités touchant les systèmes (neurologique, musculo-squelettique et cardiorespiratoire) de la personne. La France compte actuellement 86 459 kinésithérapeutes répartis sur l'ensemble du territoire. La majorité (80%) exerce en secteur libéral, les autres en salariat dans différentes structures. Chaque jour, l'ensemble de ces kinésithérapeutes effectuent près de 1.8 millions d'actes.

1. 2. Prise en charge de la douleur par les kinésithérapeutes

La douleur représente le principal motif de consultation en kinésithérapie. Pour parvenir à soulager la douleur chez les patients les kinésithérapeutes utilisent une multitude de techniques mêlant activités physiques, exercices thérapeutiques, thérapies manuelles ou encore éducation thérapeutique. Il a été montré une efficacité de certains traitements égale ou supérieure au traitement pharmacologique ou chirurgical avec, une moindre incidence d'effets indésirables¹. L'éducation thérapeutique des kinésithérapeutes dans les douleurs chroniques est un moyen puissant d'amélioration de la qualité de vie des patients et de diminution des frais santé pour la société².

1. 3. La douleur induite par les kinésithérapeutes

Les traitements kinésithérapeutiques peuvent comporter des effets secondaires et notamment induire des douleurs. A l'hôpital, tout service confondu, les douleurs intenses à extrêmement intenses les plus fréquentes, sont les ponctions vasculaires et les mobilisations (toilettes, transferts...)³. En pédiatrie comme en gériatrie, oncologie ou en réanimation, les mobilisations représentent un des soins qui est le plus à risque de douleur, malgré l'utilisation d'antalgique⁴.

1 Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. *BMJ*. 2006 Nov 4;333(7575):939.

2 Louw A, Butler DS, Diener I, Puentedura EJ. Development of a Preoperative Neuroscience Educational Program for Patients with Lumbar Radiculopathy: *Am J Phys Med Rehabil*. 2013 May;92(5):446–52.

3 Coutaux A, Salomon L, Rosenheim M, Baccard A-S, Quiertant C, Papy E, et al. Care related pain in hospitalized patients: a cross-sectional study. *Eur J Pain Lond Engl*. 2008 Jan;12(1):3–8.

4 Nebbak J-M, Mathivon D, Palma MD. Évaluation prospective des douleurs ressenties par les patients lors des opérations de brancardage : état des lieux et propositions d'amélioration. *Bull Cancer (Paris)*. 2008 May 1;95(5):551–5.

La prévention de ces douleurs induites par les soins peut passer par une optimisation du volet médicamenteux mais également par des moyens non pharmacologiques diversifiés (éducation thérapeutique, hypnose, etc.).

2. Formation initiale et continue des kinésithérapeutes

Une enquête de 2015 indiquait l'absence de cours spécifiques dédiés à la douleur dans les IFMK française. La douleur apparaissait comme abordée de façon non spécifique à hauteur de 1 à 15 heures, sur l'ensemble de la formation initiale. Une enquête, chez les professionnels, réalisée cette année indique que 71% des kinésithérapeutes n'ont jamais suivi de formation spécifique sur la douleur. Il semble que la profession manque cruellement de formation sur le domaine.

3. Le besoin de recherche

En prenant l'exemple de ce qu'il se fait à l'étranger, il est possible de faire de la recherche de qualité permettant de faire émerger des thérapeutiques en kinésithérapie efficaces pour lutter contre la douleur et ce avec moins d'effets secondaires que des traitements médicamenteux ou chirurgicaux. Il est urgent de commencer à étudier quelles sont les modalités d'application de la kinésithérapie pour obtenir les meilleurs résultats avec le moins de douleur induite.

Conclusion et perspectives

La kinésithérapie est une discipline qui semble à la fois efficace et économique, dans la prise en charge de certaines pathologies douloureuses. Elle peut également provoquer des effets indésirables comme des douleurs induites. Les pistes à étudier pour son développement sont à notre sens : le développement de compétences « douleur » par la formation initiale et continue, la mise en place de conditions facilitant la recherche en kinésithérapie ou encore, la redéfinition de la place du kinésithérapeute au sein des parcours de soins interdisciplinaires en assurant un décloisonnement ville / hôpital.

Le kinésithérapeute et la douleur

Points forts

- La kinésithérapie est une discipline à la fois efficace et économique dans la prise en charge de multiples pathologies douloureuses.

Risque

- La kinésithérapie peut également provoquer des effets indésirables de type douleurs induites par les soins.

Propositions

- Développement de compétences « douleur » dans la formation initiale et continue des kinésithérapeutes.
- Facilitation de la recherche en kinésithérapie
- Redéfinition de la place du kinésithérapeute au sein des parcours de soins interdisciplinaires en assurant un décloisonnement ville / hôpital.

Les professionnels de la prise en charge de la douleur :

Implication des pharmaciens d'officine dans la prise en charge de la douleur

Sylvie ROSENZWEIG¹, Béatrice CLAIRAZ²

¹Pharmacie Saint-Antoine, Paris, ²Pharmacie des verts coteaux, Chatenay-Malabry

1. État des lieux

« Un réseau de compétences au service des patients et de la santé publique »

- 22 500 officines réparties sur le territoire national
- une disponibilité 7 jours sur 7, 24 h sur 24 sans rendez-vous
- 4 millions de passages par jour dans les officines en France
- 90 % de la population passe au moins une fois par mois à l'officine
- 80 % du conseil en officine concerne la « Douleur », dans toutes ses expressions

2. Contexte

La plupart des patients douloureux consultent des médecins de premier recours pour la prise en charge de leur douleur où la pierre angulaire du traitement demeure la prescription d'antalgiques. Le pharmacien est un maillon essentiel dans la relation entre le patient et les professionnels de santé tant par rapport à l'efficacité du traitement prescrit, que des effets indésirables rapportés.

Que ce soit pour optimiser les traitements, prévenir les effets indésirables et les interactions médicamenteuses ou orienter les patients, les pharmaciens, spécialistes du médicament, sont des ressources importantes dans la prise en charge de la douleur des patients.

La contribution de la pharmacie d'officine à l'efficacité et à l'efficience de cette prise en charge doit passer par un rôle actif des pharmaciens d'officine, mais également par la mise en place de stratégies nationales de suivi des traitements médicamenteux et des patients.

Répondre aux besoins des patients douloureux nécessite une coopération avec l'ensemble des acteurs impliqués, ainsi qu'une coordination et des objectifs qui doivent être partagés entre ceux-ci. Mais la prise en charge ne s'arrête pas là puisqu'elle doit tenir compte du patient dans sa globalité et de ce fait le pharmacien joue un rôle important dans le lien avec l'entourage du patient.

3. Missions du pharmacien

Les molécules à disposition, en vente libre et libre accès, comme le « paracétamol, l'ibuprofène, la codéine », seul ou en association, ne sont pas dénuées d'effets indésirables et nécessitent un contrôle ou un questionnement sur l'origine de la douleur, de son intensité et de sa qualité par le pharmacien ou le préparateur en pharmacie, seuls habilités à la délivrance. Ils doivent rester vigilants sur la consommation des antalgiques.

Le Pharmacien et son équipe doivent dans leur mission accompagner la délivrance des ordon-

nances par des conseils pertinents et, pour les personnes agréées, préparer des piluliers afin de limiter le risque de iatrogénie (20 % des hospitalisations), assurer une meilleure observance et éviter la confusion entre génériques et princeps.

Une autre mission du pharmacien inscrite dans la loi HPST (hôpital, patient, santé, territoire) est l'Education Thérapeutique du patient, afin de l'aider à se gérer seul dans sa maladie chronique.

Mais au quotidien, le pharmacien est souvent seul face à la délivrance du traitement et ne connaît pas vraiment le dossier médical du patient, d'où la nécessité du DMP (dossier médical partagé). En officine, le Conseil de l'Ordre a créé le DP (dossier partagé) qui trace 4 mois de délivrance. Ce dossier permet, grâce à la carte vitale, de dépister les abus ou les interactions médicamenteuses.

Le pharmacien a le droit d'émettre « une opinion pharmaceutique » sur la prescription et d'en référer au prescripteur : ceci est consigné dans le dossier patient.

Les relations prescripteurs-pharmaciens ne sont pas toujours aisées, bien qu'il soit plus facile d'établir des relations avec les médecins traitants qu'avec les équipes soignantes hospitalières, et les relations avec nos confrères hospitaliers sont encore cloisonnées. Il existe, fort heureusement, des expériences de contact, réseaux formels ou informels, qui établissent des relations Ville-Hôpital pour une meilleure prise en charge du patient, qui est ravi de cette initiative.

Mais, pour beaucoup de pharmaciens ainsi que pour les étudiants en pharmacie à la fin de leur cursus universitaire, la prise en charge de la douleur fait peur. Ils sont frileux devant certaines prescriptions comme celles des stupéfiants, car ils n'ont pas assez de formation ou de pratique dans ce domaine.

Dans la douleur, le pharmacien d'officine doit s'adapter à des situations :

- au comptoir, pour l'automédication, il est nécessaire de questionner le patient. Par exemple, savoir dépister les « abus médicamenteux » quand un patient revient régulièrement acheter des antalgiques ;
- le pharmacien est souvent confronté à un patient qui se présente avec des douleurs aiguës. Il lui faut l'interroger afin de décider s'il doit être dirigé immédiatement vers un médecin ou s'il s'agit d'une simple prise en charge officinale (lombalgies, sciatalgies, cervicalgies....) ;
- le pharmacien doit avoir pour le patient douloureux chronique, le même discours que le médecin et surtout bien réexpliquer le parcours de soin et la prise du traitement ;
- pour la douleur cancéreuse, la prise en charge au comptoir est essentielle afin d'expliquer les prises, les effets secondaires possibles et éventuellement éditer un tableau de prises ;
- pour les migraineux, bien expliquer l'utilisation des tryptans, afin d'éviter un abus médicamenteux fréquent dans cette pathologie ;
- pour la douleur neuropathique, bien expliquer que les médicaments prescrits (par exemple les antidépresseurs, les antiépileptiques) visent à traiter la douleur
- Le pharmacien ne doit pas hésiter, pour toutes douleurs ou ordonnances complexes, à prendre rendez-vous avec le patient dans un espace dédié et confidentiel pour une meilleure compréhension du traitement.

Conclusion

Une relation et un travail en commun entre le pharmacien et le prescripteur en ville ou à l'hôpital est très important, avec la présence du pharmacien dans les RCP. La conciliation médicamenteuse devrait être systématique. Les réseaux Ville-hôpital ont été un bon support, mais peu de pharmaciens y ont participé faute de temps.

Des Maisons de santé se créent et favorisent le dialogue entre les différents praticiens. Les déserts médicaux et la fermeture économique des officines pousseront à l'ouverture de celles-ci.

La formation continue obligatoire a permis à de nombreux pharmaciens de se former et les URPS en particulier en Ile de France ont mis à la disposition du pharmacien des cartes où le patient inscrit les coordonnées de tous ses soignants pour faciliter le dialogue.

Propositions pour renforcer l'implication des pharmaciens dans la prise en charge des patients douloureux :

1. Identifier, quantifier et valoriser l'acte de premier recours permettant de détecter et d'alerter sur des comportements déviants, tels que la surconsommation d'antalgiques en accès libre (sourceIMS : les 3 produits les plus délivrés en pharmacie, en terme de volume sont 3 antalgiques) ;
2. Pouvoir orienter précocement les patients vers les structures d'évaluation et de traitement de la douleur : le recours pertinent à ces structures permet, non seulement d'améliorer la qualité des soins, mais également de réduire la consommation médicale de ces patients (automédication, multiplication des examens...), et de prendre en charge la douleur chronique ;
3. Impliquer le pharmacien dans la continuité des soins et dans la coordination ville-hôpital ; ce qui lui permettra de faire le lien avec les autres professionnels de santé et l'entourage du patient, puisqu'il est le premier professionnel de santé que rencontre le patient en sortie d'hôpital ;
4. Permettre au pharmacien d'ajuster le traitement du patient selon son état clinique et en collaboration avec le médecin ;
5. Réaliser des bilans de médication, afin d'éviter les prescriptions « croisées » et de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse ;
6. Accompagner les patients polymédiqués par le développement de la PDA (préparation des doses à administrer) au comptoir ;
7. Mettre en place, en coordination avec les autres professionnels de santé, une démarche éducative dans le cadre d'un suivi des patients.

Les pharmaciens sont déjà engagés dans le suivi des patients douloureux (expérimentation ETP douleur), mais sont prêts à s'investir encore d'avantage au niveau national en coopération avec les autres professionnels de santé.

Les professionnels de la prise en charge de la douleur :

L'organisation en équipe dans les Structures Douleur Chronique (SDC)

Dr Christelle CREAC'H

Hôpital Nord, CETD, Saint-Etienne

À leur arrivée dans les SDC, les patients souffrant de douleurs chroniques depuis plusieurs années décrivent souvent un parcours de soins chaotique, constitué de multiples consultations effectuées en parallèle par différents spécialistes selon une logique de «Médecine d'organe». Dans ce contexte, l'enjeu des structures Douleur va être de remettre du lien entre les différents acteurs de soins et les patients, pour les aider à construire un cadre thérapeutique et une trajectoire de soins cohérents.

1. L'Accueil

Le premier maillon du dispositif est celui de l'accueil. Une bonne connaissance de la douleur chronique et de ses enjeux, une faculté d'écoute attentive des patients par le personnel para-médical permet de mieux saisir la nature et l'urgence de la demande des patients. Le fait de disposer de personnels para-médicaux dédiés aux SDC et travaillant dans le même lieu que les médecins permet d'assurer de façon optimale cette régulation.

2. Les consultations infirmières

Dans certaines SDC il existe des consultations infirmières avancées, qui permettent de conduire un entretien préliminaire dans des délais rapides et facilitent ensuite le parcours de soins. Dans d'autres cas, les consultations sont d'emblée effectuées en binôme somaticien/psychologue ou psychiatre. Cela peut permettre aux patients les plus résistants aux approches psychologiques de franchir un pas qu'ils n'auraient pas forcément osé franchir sinon. Ce dispositif peut être également riche pour les soignants qui peuvent effectuer une synthèse « en direct» avec le patient. Dans la plupart des SDC, c'est toutefois le médecin qui voit en premier temps le patient et ne l'adressera le patient que dans un second temps vers d'autres professionnels (internes ou externes à la SDC). Cette consultation initiale lui permet d'établir une cartographie rigoureuse des processus mis en jeu et de tenir compte de l'avis du patient sur le besoin ou non de voir un psychologue ou un psychiatre. On signalera qu'un certain nombre de patients ont besoin de plusieurs consultations médicales avant d'accepter d'aborder la question du psychisme dans leur douleur.

3. La consultation médicale

Quel que soit le dispositif choisi, il paraît capital que les médecins puissent intégrer au décours de leur consultation à la fois leur examen clinique, et l'évaluation de la composante émotionnelle et comportementale de la douleur, ainsi que la prise en compte des événements de vie et/ou du vécu des patients. Les patients rencontrant des médecins qui s'intéressent d'emblée au Corps et à la Personne dans toute sa globalité, ont plus de chance de s'investir ensuite dans des prises en charge pluri-professionnelles cohérentes.

4. L'équipe et les réunions d'équipe

Les SDC sont avant tout des lieux d'échanges entre les patients et les soignants et entre les soignants de l'équipe. Tous les éléments cliniques recueillis peuvent faire l'objet de discussions de dossiers en RCP ou en réunions de synthèse. Les RCP sont l'occasion de discuter de diagnostics ou thérapeutiques complexes entre médecins de différentes disciplines (souvent issus de différents services). Les réunions de synthèse permettent un échange entre l'équipe infirmière, les médecins somaticiens, les psychologues et/ou les psychiatres du dossier d'un patient vu en consultation. Il peut aussi s'agir de discuter de difficultés nouvelles qui se présentent concernant un patient connu, ou du choix d'une nouvelle trajectoire de soins à établir. Les réunions de synthèse permettent également de questionner et réguler les équipes afin d'éviter des demandes de soins anarchiques ou disproportionnées. Elles permettent aussi d'orienter vers des pistes thérapeutiques nouvelles. Ces réunions ont enfin un rôle de soutien et d'accompagnement indispensable pour les équipes des SDC, qui se sentent parfois impuissantes devant la souffrance des patients. Ceci est d'autant plus important que très peu de SDC possède des systèmes de supervisions.



Partie 4

Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques

Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques

Les approches médicamenteuses de la douleur

Pr Nadine ATTAL¹, Pr Serge PERROT²

¹ Hôpital Ambroise Paré, CETD, Boulogne-Billancourt, ² Hôpital Cochin-Hôtel Dieu, CETD, Paris

Les antalgiques font partie des médicaments de loin les plus utilisés en France (1), qu'il s'agisse d'une utilisation sur prescription facultative ou obligatoire. Ainsi, le paracétamol est le médicament le plus utilisé en ville avec plus de 500 millions de boîtes vendues en France et les antalgiques (paracétamol mais aussi notamment ibuprofène, codéine et tramadol en association) représentent 22 % du marché pharmaceutique en France, avec une croissance significative sur 10 ans (1). D'autre part, le paysage de l'antalgie en France a **beaucoup évolué depuis les années 80**, période où les morphiniques forts étaient encore prescrits avec parcimonie sur un carnet à souche, puisque ces traitements ont pris une place importante dans l'arsenal thérapeutique antalgique en France.

1. Les antalgiques et leur disponibilité en France

1. 1. Les antalgiques disponibles

On distingue classiquement plusieurs types de traitements pharmacologiques en analgésie : les antalgiques « conventionnels », classés en non-opioïdes et opioïdes et par l'OMS en palier I, II et III et les antalgiques « adjuvants » (antidépresseurs, antiépileptiques...), encore souvent appelés à tort « co-antalgiques ».

Les antalgiques de palier I (non-opioïdes) comprennent le paracétamol, le néfopam et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les antalgiques de palier II regroupent la codéine, la dihydrocodéine, le tramadol et la poudre d'opium. Les antalgiques des paliers III sont représentés par les opioïdes forts : ils incluent la morphine, opioïde de référence, l'hydromorphone, l'oxycodone, le fentanyl, la méthadone, la buprénorphine, la nalbuphine et le tapentadol.

Les antalgiques « adjuvants », dont l'efficacité est établie dans au moins un type de douleur incluent les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, imipramine, clomipramine), les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la sérotonine et de la noradrénaline (duloxétine, venlafaxine, milnacipran), les antiépileptiques (gabapentine, prégabaline, carbamazépine, oxcarbazépine), les anesthésiques locaux (crème EMLA®, lidocaïne topique ou systémique, bupivacaïne, ropivacaïne...), la capsaïcine (patches de haute concentration), les antagonistes des récepteurs NMDA (kétamine), la toxine botulinique, les myorelaxants non benzodiazépiniques (thiocolchicoside, quinine, méthocarbamol), les antispasmodiques (phloroglucinol), le baclofène, les corticoïdes en administration locale, locorégionale ou épidurale, le ziconotide par voie intrathécale (Prialt®), et les gaz analgésiques (protoxyde d'azote, méthoxyflurane, oxygénothérapie pour l'algie vasculaire de la face). À ces traitements on peut ajouter les traitements spécifiques de la migraine ou de l'algie vasculaire de la face : triptans (sumatriptan, zolmitriptan...) ou dihydroergotamine en spray pour le traitement de la crise ; bêta bloquants, antiépileptiques (valproate de sodium, topiramate) et inhibiteurs calciques (vérapamil, flunarizine) pour les traitements de fond.

L'efficacité de ces traitements dépend du contexte de leur utilisation (douleur aiguë postopératoire, douleur des soins, douleur chronique) et des mécanismes de la douleur. Ainsi, les antalgiques et anti-inflammatoires sont plutôt efficaces sur les douleurs inflammatoires, aiguës ou chroniques (douleurs postopératoires, douleurs des soins, douleurs de la polyarthrite...), alors que les antalgiques « adjuvants » sont efficaces sur les douleurs neuropathiques (douleurs liées à une lésion ou maladie des systèmes somatosensoriels, telles que les douleurs post zostériennes ou de polyneuropathie), la fibromyalgie, le traitement de fond de la migraine, mais aussi la lombalgie et l'arthrose chronique.

1. 2. Les antalgiques retirés du marché ou faisant l'objet d'une prescription encadrée

1. 2. 1. Traitements retirés du marché

Certains antalgiques de palier II, comme le Diantalvic® et le Propofan® (association dextropropoxyphène paracétamol), commercialisés depuis 1964 en France, ont été retirés du marché en France par l'AFSSAPS (actuellement Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, ANSM), à la suite des recommandations de l'Agence Européenne du médicament en 2011. Les raisons incluent notamment le risque de toxicité potentielle (allant jusqu'au décès) du fait d'une marge thérapeutique étroite, alors que les preuves d'efficacité en antalgie ont toujours été limitées. Les prescriptions se sont donc largement reportées sur la codéine et le tramadol.

Le tétrazépam (Myolastan®, Panos®...), une autre benzodiazépine utilisée pour le traitement des contractures musculaires douloureuses, a été retiré du marché le 8 juillet 2013 sur décision Européenne, en raison « des risques de réactions cutanées rares, mais très graves et parfois mortelles » (ANSM). Ce traitement était très prescrit en France (entre 6 et 7 millions de boîtes vendues en 2012), alors qu'il n'était plus pris en charge par la Sécurité sociale depuis décembre 2011.

Le Codenfan®, sirop à base de codéine utilisé en pédiatrie, a été retiré du marché du fait d'un risque toxique élevé en pédiatrie. En effet, des cas graves, voire mortels de dépression respiratoire ont été rapportés chez des enfants « métaboliseurs rapides » (dont la codéine est transformée plus rapidement en morphine dans l'organisme). Désormais, seule la codéine associée au paracétamol est indiquée pour les adolescents à partir de 12 ans.

D'autres antalgiques retirés du marché ces dernières années, en raison de leur toxicité potentielle, incluent les dérivés de l'ergot de seigle (Seglor®, Désernil®), à l'exception de la dihydroergotamine en spray pour la crise migraineuse, le floctafénide (Idarac®), l'indoramine (Vidora®), le nimésulide (Nexen®) et le pentazocine (Fortal®).

1. 2. 2. Traitements faisant l'objet d'une prescription encadrée

Le Rivotril® (clonazépam) représente un autre exemple de traitement utilisé largement en analgésie en France et dont a été découvert, 30 ans plus tard, le risque potentiel. En effet, ce traitement est une benzodiazépine, dont on sait que les Français restent d'importants consommateurs (2), utilisée en antalgie depuis les années 80, sur la base de petites études ouvertes de mauvaise qualité, suggérant son efficacité sur certaines douleurs neuropathiques et les douleurs de la névralgie faciale. Aucune preuve de son efficacité n'a jamais été apportée et ce traitement n'a aucune AMM en antalgie. Or, une enquête d'addictovigilance en France (ANSM 2011) a mis en évidence la forte

proportion de prescription hors-AMM, le potentiel d'abus, de dépendance et d'usage détourné de cette benzodiazépine. Dans ce contexte, l'AFSSAPS a décidé en 2012 de réserver la prescription initiale aux neurologues et aux pédiatres, exclusivement dans l'indication de l'AMM (épilepsie), et de limiter la prescription à 12 semaines sur une ordonnance sécurisée.

La Dépakine® (valproate de sodium) est un antiépileptique recommandé dans le traitement de fond de la migraine (en l'absence d'AMM). Même si son risque tératogène majeur est connu de longue date par la communauté scientifique et médicale, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé (ANSM) a répertorié plus de 14 000 cas de femmes enceintes ayant reçu ce traitement entre 2007 et 2014, suggérant l'absence d'information par leur médecin de ce risque, avec pour conséquence l'ouverture d'une information judiciaire par le parquet de Paris. La contre-indication absolue que constitue la grossesse figure actuellement en première page sur la notice du médicament sous forme d'une mise en garde.

Ces données montrent bien l'importance considérable d'une évaluation régulière du rapport bénéfice risque de tous les antalgiques, même ceux utilisés très largement et de longue date, afin d'éviter les scandales sanitaires tels que celui du Médiator®.

1. 3. Les antalgiques non disponibles ou disponibles sous forme d'autorisation temporaire d'utilisation

De nombreux antalgiques innovants disponibles dans plusieurs pays Européens ne sont pas ou pas encore disponibles en France, alors même que les preuves sont faites de leur efficacité en analgésie. C'est notamment le cas du Sativex®, premier médicament à base de cannabis (association de tétrahydrocannabinol et de cannabidiol) autorisé sur le marché français en 2014, efficace notamment pour la spasticité douloureuse dans la sclérose en plaques. Ce traitement n'est toujours pas disponible en France, alors qu'il est dans 17 pays européens. Ceci tient à l'échec d'une négociation sur le prix du médicament entre les autorités de santé et l'industriel. Cette situation difficile est pénalisante pour les patients douloureux chroniques les plus difficiles à traiter.

Le dronabinol (Marinol®) est un cannabinoïde de synthèse qui peut être proposé sur avis de l'ANSM dans certaines douleurs neuropathiques (les douleurs centrales) sous forme d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Dans cette condition bien particulière, le prescripteur doit compléter une demande d'ATU et l'envoyer à l'ANSM, qui statue au cas par cas sur la demande. Comme c'est le cas d'autres antalgiques, le Marinol® a fait la preuve de son efficacité sur certaines douleurs centrales, mais ne possède pas d'AMM en analgésie.

2. Contextes d'utilisation

Les contextes de l'utilisation des antalgiques varient considérablement.

2. 1. L'utilisation sur prescription facultative

Tous les antalgiques de palier I et de nombreux antalgiques de palier II (notamment l'association codéine à doses modérées et paracétamol) peuvent être prescrits sans ordonnance et ne sont donc pas nécessairement soumis à remboursement par l'assurance maladie. Ainsi, parmi les 5 médicaments de prescription médicale facultative les plus vendus en France et représentant 26 % du marché, le paracétamol sous plusieurs formes (Doliprane®, Dafalgan®, Efferalgan®) arrive largement en tête (1).

2. 2. Les prescriptions de ville

Ces pratiques regroupent la majorité des prescriptions pharmacologiques pour la douleur aiguë (douleur dentaire, douleurs des crises migraineuses) ou chronique cancéreuse ou non cancéreuse. A ces pratiques de ville s'ajoutent les prescriptions en hospitalisation à domicile qui concernent, notamment, les patients en situation palliative et qui incluent surtout la prescription d'opiacés forts par voie intraveineuse.

2. 3. Les prescriptions hospitalières

2. 3. 1. Les prescriptions au cours des consultations

Les prescriptions au cours des consultations hospitalières incluent, notamment, celles réalisées par les structures de lutte contre la douleur. Celles-ci diffèrent sensiblement de celles réalisées en ville par le recours plus fréquent aux opiacés forts et aux psychotropes, et le recours fréquent à des traitements hors AMM (voir plus loin).

2. 3. 2. Les prescriptions en hospitalisation

Les prescriptions en hospitalisation concernent le contexte péri-opératoire, la douleur des soins, l'hôpital de jour et l'hospitalisation conventionnelle.

Dans le contexte péri-opératoire, ce sont les anesthésistes réanimateurs qui posent l'indication d'un traitement antalgique qui peut comporter des antalgiques forts, notamment la morphine en auto-administration contrôlée, de la kétamine ou un cathéter péri-nerveux.

La douleur des soins fait l'objet de procédures bien définies au sein de chaque hôpital par les comités de lutte contre la douleur. Les traitements, souvent utilisés par les infirmières sur prescription médicale, font appel notamment aux antalgiques, aux anesthésiques locaux (notamment l'EMLA®) et au MEOPA ; en cas d'échec des cathéters périmerveux peuvent être proposés.

Les prescriptions et modalités d'utilisation des antalgiques au cours des hospitalisations de jour sont spécifiées chapitre V de cet ouvrage. Ainsi, les hôpitaux de jour en analgésie pour traitement pharmacologique concernent les traitements en dispensation hospitalière, comme la toxine botulinique et les patches de capsaïcine, ou les traitements nécessitant une surveillance particulière, comme la kétamine, la lidocaïne utilisables en perfusion, et les blocs analgésiques aux anesthésiques locaux de type cathéter périmerveux.

L'hospitalisation complète d'un patient pour prescription d'antalgiques est plus rare. Elle concerne essentiellement les perfusions d'antidépresseurs tricycliques pour une douleur chronique rebelle (neuropathique notamment), chez des patients nécessitant une surveillance particulière, du fait d'une co-morbidité ou d'un sevrage en antalgiques nécessitant une surveillance (dans le cas de céphalées chroniques par abus médicamenteux ou chez un patient présentant une dépendance psychoactive aux opiacés).

3. Usages et mesusages

3. 1. L'utilisation des opiacés en France

3. 1. 1. D'un extrême à l'autre

Jusqu'aux années 1980, les morphiniques forts en France ont fait l'objet d'une utilisation très restreinte, puisqu'elle était limitée à des prescriptions sur carnet à souche. La France avait, à cet égard, un retard considérable en la matière par rapport, notamment, aux pays anglo-saxons. Dès la fin des années 1980, à la suite notamment des travaux américains de Portenoy et Foley et des recommandations internationales et françaises (recommandations de Limoges) sur les opiacés dans la douleur chronique non cancéreuse (3, 4), les prescriptions des morphiniques, notamment en matière de douleur non cancéreuse, ont bondi pour s'aligner sur les autres pays. Cependant, depuis ces dernières années, avec la multiplication de l'offre, une augmentation de l'exposition aux opiacés forts a été constatée, y compris dans des situations cliniques où ils ne devraient pas être utilisés. Par exemple, l'utilisation du fentanyl transmuqueux, réservé aux accès douloureux paroxystiques du cancer, a été étendue à tort aux douleurs paroxystiques dans les douleurs non cancéreuses ; ce qui a été à l'origine de nombreux cas d'abus et de dépendance (point d'information ANSM le 25/09/29013). De même, les enquêtes d'addictovigilance des antalgiques ont mis en évidence une augmentation des signalements d'abus, de pharmacodépendance et d'obtention illégale du tramadol et de l'oxycodone et le mésusage, et l'usage détourné du sulfate de morphine par certains usagers de drogue (point d'information ANSM le 25/09/2013).

Cette situation, même si elle est loin d'être aussi alarmante qu'aux Etats-Unis ou en Angleterre, où elle a pris la forme d'une véritable épidémie (5, 6), est toutefois préoccupante et incite à une meilleure connaissance des règles de prescriptions des opiacés en France, telles qu'elles sont clairement édictées par les recommandations françaises actualisées de la SFETD (5). Une enquête est en cours actuellement pour quantifier l'importance du mésusage des opiacés forts prescrits comme antalgiques en France.

Outre un défaut de formation, cette situation tient aussi selon nous à deux problèmes institutionnels : d'une part, des paliers de l'OMS souvent inadaptés ou mal compris par la communauté médicale ; d'autre part des libellés d'AMM insuffisamment explicites en matière d'opiacés forts.

3. 1. 2. Des paliers de l'OMS et des libellés d'autorisations de mise sur le marché souvent inadaptés aux pratiques actuelles

Les paliers de l'OMS ont été proposés initialement pour le traitement de la douleur cancéreuse : les antalgiques de palier I, II et III sont proposés respectivement en première, seconde et troisième intention selon l'intensité de la douleur et/ou la réponse aux traitements des paliers précédents. Cependant, ces paliers ont été largement étendus à la douleur non cancéreuse. **Or, ils ne sont en réalité adaptés que pour une minorité de douleurs (les douleurs nociceptives du cancer évolutif) et leur intérêt est désormais largement débattu dans la communauté analgésique (7).** En effet, ces paliers ne sont pas adaptés, en particulier aux douleurs neuropathiques, aux céphalées/migraines, à la fibromyalgie et même à la plupart des douleurs chroniques rhumatologiques (arthrose chronique, lombalgie chronique).

De même, dans la lignée des paliers de l'OMS, la plupart des opiacés forts possèdent une AMM pour les douleurs d'intensité sévère, **indépendamment de leur mécanisme**.

Il en résulte que la prescription des opiacés forts, strictement sur la base des paliers de l'OMS et des libellés d'AMM, **sans tenir compte de la nature de la douleur**, a conduit ces dernières années les prescripteurs à des utilisations souvent inappropriées des opiacés dans des douleurs chroniques, comme les céphalées migraineuses ou dans la fibromyalgie, **où leur utilisation est en réalité formellement déconseillée par les sociétés savantes, et où le risque de mésusage peut être élevé**.

C'est pour l'ensemble de ces raisons qu'une classification plus récente des antalgiques a été proposée par certains auteurs, même si elle reste moins souvent utilisée dans le monde. Cette classification axée sur les mécanismes d'action des traitements, oppose les antalgiques antinociceptifs tels que les opiacés faibles ou forts, les antihyperalgésiques, les modulateurs des contrôles descendants, de la transmission et de la sensibilisation périphérique et les traitements « mixtes ». (8)

3. 2. Les antalgiques « adjuvants » : des AMM parfois inadaptées, souvent limitées ou absentes

Tout autre est la situation pour les antalgiques adjuvants. En effet, ces traitements sont souvent utilisés pour les douleurs neuropathiques, la fibromyalgie, ainsi que les céphalées/migraines (en traitement de fond), dont les mécanismes sont très distincts des douleurs nociceptives. Or, nombre de ces traitements ont une AMM limitée à une étiologie douloureuse (par exemple la duloxétine (Cymbalta*), dont l'AMM est limitée à la douleur neuropathique du diabète, ou la lidocaïne topique (Versatis*), dont l'AMM est limitée à la douleur post-zostérienne) ou ne disposent pas d'AMM en analgésie (oxcarbazépine, venlafaxine, kétamine, lidocaïne intraveineuse, vérapamil, valproate de sodium, toxine botulinique) contrastant avec les recommandations des sociétés savantes concernant leur utilisation dans plusieurs types de douleurs chroniques, dans la migraine ou l'algie vasculaire de la face (9, 10, 11, 12). Cette contradiction tient, d'une part à l'absence de demande d'AMM de la part des laboratoires pharmaceutiques, d'autre part à l'hétérogénéité des procédures d'AMM qui diffèrent sensiblement entre l'Europe et les Etats-Unis, voire entre plusieurs pays Européens en cas de procédure d'enregistrement non centralisée. Par exemple, la toxine botulinique de type A possède une AMM dans certains pays Européens pour le traitement de la migraine chronique, mais pas en France. Enfin, certaines maladies pouvant être apparentées à des maladies orphelines, du fait de leur rareté, sont encore négligées par les grands laboratoires pharmaceutiques. C'est le cas de l'algie vasculaire de la face chronique et de la névralgie essentielle du trijumeau : ainsi ni le vérapamil, recommandé dans l'algie vasculaire de la face chronique, ni l'oxcarbazépine, recommandé dans la névralgie essentielle du trijumeau (12, 13), ne disposent d'AMM en analgésie.

A l'inverse, un antiépileptique comme la carbamazépine, qui n'est pas recommandé pour le traitement des douleurs neuropathiques, possède une AMM dans le traitement des douleurs neuropathiques.

3. 3. Les recommandations de la SFETD pour la pratique

Il est important et urgent pour la SFETD de communiquer auprès des médecins de ville sur l'intérêt et les limites des paliers de l'OMS.

Concernant les AMM, il est fondamental de distinguer plusieurs situations très distinctes :

- Les molécules dont l'efficacité est établie et qui disposent d'AMM dans l'indication posée ne posent aucun problème d'utilisation ;
- Les molécules dont l'efficacité est établie, mais qui ne disposent d'aucune AMM en analgésie ou d'une AMM trop restrictive, devraient certainement faire l'objet d'une évaluation au cas par cas par les caisses d'assurance maladie. En effet, leur remboursement devrait pouvoir être accepté lorsqu'elles sont prescrites dans les situations où les preuves d'efficacité existent, notamment en l'absence d'alternative thérapeutique ;
- Il existe enfin des molécules n'ayant pas d'AMM en analgésie ou une AMM réservée à des situations très particulières, et dont les preuves d'efficacité n'ont pas été établies (en dehors des situations couvertes par leur AMM le cas échéant). C'est le cas de certaines benzodiazépines (clonazépam), des neuroleptiques et du citrate de fentanyl transmuqueux (voir plus haut), dont l'AMM est restreinte aux accès douloureux paroxystiques du cancer. Dans ces cas, leur utilisation hors AMM ne devrait pas faire l'objet d'un remboursement.

Médicaments dans la douleur

Conclusion et recommandations

Ces données concernant les pratiques médicamenteuses antalgiques en France amènent à plusieurs propositions de notre société savante :

- Il y a urgence à mieux informer les médecins et éduquer les patients en matière d'utilisation des morphiniques forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses ;
- Il faut aussi souligner l'importance d'une évaluation régulière continue de l'utilisation d'antalgiques en France, à l'image des points d'information publiés régulièrement par l'ANSM et la nécessité d'enquêtes épidémiologiques de grande envergure sur le sujet ;
- Enfin, la SFETD a vocation à travailler avec les autorités de tutelle, notamment au sujet de l'utilisation des antalgiques adjuvants en l'absence d'AMM.

Références

1. ANSM Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 – Juin 2014.
2. ANSM Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information 05/04/2017
3. <http://www.sfetd-douleur.org/opioides>
4. Moisset X, Trouvin AP, Tran VT, Authier N, Vergne-Salle P, Piano V, Martinez V. [Use of strong opioids in chronic non-cancer pain in adults. Evidence-based recommendations from the French Society for the Study and Treatment of Pain]. *Presse Med.* 2016 Apr;45(4 Pt 1):447-62.
5. Weisberg D, Stannard C. Lost in translation? Learning from the opioid epidemic in the USA. *Anaesthesia.* 2013 ;68 :1215-9.
6. Stannard C. Opioids in the UK: what's the problem? *BMJ.* 2013 Aug 15;347:f5108.

7. Ballantyne JC, Kalso E, Stannard C. WHO analgesic ladder: a good concept gone astray. *BMJ* 2016;352:i20.
8. Beaulieu P, Lussier D, Porreca F et Dickenson AH *Pharmacology of Pain*, IASP Press, 2010, chap. 2, pp. 27-42.
9. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, Gilron I, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, Kamerman PR, Lund K, Moore A, Raja SR, Rice ASC, Rowbotham M, Sena E, Siddall P, Smith B, Wallace M. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: systematic review, meta-analysis and NeuPSIG recommendations. *Lancet Neurol* 2015;14 :162-73.
10. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lanteri-Minet M. Douleurs neuropathiques : diagnostic, évaluation, traitement. Recommandations de la SFETD. *Neurologies* 2010.
11. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/migraine_recos.pdf
12. Donnet A, Demarquay G, Ducros A, Geraud G, Giraud P, Guegan-Massardier E, Lucas C, Navez M, Valade D, Lanteri-Minet M; French Headache Society.. [French guidelines for diagnosis and treatment of cluster headache (French Headache Society)]. *Rev Neurol (Paris)*. 2014 Nov;170(11):653-70.
13. Cruccu G, Gronseth G, Alksne J, Argoff C, Brainin M, Burchiel K, Nurmikko T, Zakrzewska JM; American Academy of Neurology Society.; European Federation of Neurological Society.. AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. *Eur J Neurol*. 2008 Oct;15(10):1013-28.

Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques

Techniques interventionnelles

Techniques lésionnelles et de neuromodulations

Dr Marc LÉVÊQUE

Hôpital privé Beauguegard, Marseille

1. Apport des techniques de neuromodulation et lésionnelles

1. 1. La stimulation médullaire dans le traitement des douleurs neuropathiques

Plus d'un patient sur deux¹ n'est pas suffisamment soulagé par le traitement médicamenteux . Depuis 2007, la HAS recommande et rembourse la SM dans « *le syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en postopératoire, le syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an et le syndrome régional douloureux complexe de type I et II persistant depuis au moins six mois* ». Dans les lombosciatalgies post-opératoires, deux études démontrent que la SM était préférable à une nouvelle chirurgie du rachis et que l'amélioration apportée (score douloureux, satisfaction et qualité de vie) était nettement supérieure à celle apportée par le seul traitement pharmacologique⁵. Cette thérapie est d'autant plus efficace, notamment dans le retour au travail, qu'elle intervient précocement dans la maladie douloureuse : de 85 % d'efficacité lorsqu'elle est proposée dans les 2 ans, ce pourcentage chute à moins de 50 % après 5 ans. Les études médico-économiques démontrent que cette thérapie permet des économies dès la deuxième année d'implantation.

1. 2. L'infusion intrathécale dans le traitement de la douleur cancéreuse

L'IIM — autrement dit la délivrance directement au contact de la moelle épinière — permet d'augmenter la puissance de l'analgésie chez les patients cancéreux insuffisamment soulagés par les voies classiques (PO et IV) tout en réduisant les effets indésirables de la morphine systémique. Par ailleurs, l'internalisation de la totalité du dispositif diminue les soins à domicile.

¹ Très récemment, un article du New England Journal of Medicine² a montré que le chef de file de ces molécules — la prégabaline — n'était pas plus efficace qu'un placebo dans le traitement de la douleur neuropathique du membre inférieur.

1. 3. Les autres techniques de neuromodulation

La SM par des électrodes de nouvelles générations dites « multicolonne » permet d'être efficace sur les lombalgies, de même que la stimulation sous-cutanée. Par ailleurs, la stimulation du nerf occipital ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques dans des céphalées rebelles tels que l'algie vasculaire de la face, la névralgie d'Arnold, le SUNCT et SUNA.

1.4. Les techniques lésionnelles

Ces techniques de lésion (thermocoagulation, compression par ballonnet et radiochirurgie) ou de décompression concernent essentiellement le traitement de la névralgie faciale rebelle. Dans ces chirurgies lésionnelles, on retiendra également l'intervention de DREZotomie efficace dans certaines douleurs faisant suite à des arrachements de plexus.

2. Neuromodulation dans la douleur : état des lieux et propositions

L'efficacité des techniques de neuromodulation dans la douleur va continuer de s'accroître avec les progrès exponentiels de la miniaturisation et de l'informatique. Malgré un service rendu aujourd'hui incontesté, ces thérapies — la SM et plus encore de l'IIM — souffrent d'une sous-pénétration. En 2017, l'accès à ces dispositifs restait extrêmement hétérogène ; ce qui explique, en proportion, que les patients français sont cinq fois moins nombreux à en profiter que leurs voisins allemand ou du Benelux.

À l'inverse des molécules antalgiques, qui connaissent une diffusion rapide et homogène sur notre territoire — à laquelle l'industrie pharmaceutique n'est pas étrangère —, l'accès à ces interventions demeure « opérateur-dépendant ». Une différence qui confine presque à l'allégorie avec d'une part, les molécules qui diffusent largement dans l'organisme comme sur le territoire national et, de l'autre, les interventions — focales par essence — réservées à de rares structures.

L'identification précoce des patients susceptibles de bénéficier de ces thérapies est indispensable et une meilleure formation des médecins — tant sur la connaissance des indications que sur la pose de ces dispositifs implantés — est devenue impérieuse.

Bibliographie

1. Attal N, Cruccu G, Haanpaa M, et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies* 2006; 13(11): 1153-69.
2. Mathieson S, Maher CG, McLachlan AJ, et al. Trial of Pregabalin for Acute and Chronic Sciatica. *N Engl J Med* 2017; 376(12): 1111-20.
3. HAS. Évaluation des systèmes implantables de neurostimulation médullaire. Service d'évaluation des dispositifs 2014.
4. North RB, Kidd DH, Farrokhi F, Piantadosi SA. Spinal cord stimulation versus repeated lumbosacral spine surgery for chronic pain: a randomized, controlled trial. *Neurosurgery* 2005; 56(1): 98-106; discussion -7.

5. Kumar K, Taylor RS, Jacques L, et al. Spinal cord stimulation versus conventional medical management for neuropathic pain: a multicentre randomised controlled trial in patients with failed back surgery syndrome. *Pain* 2007; 132(1-2): 179-88.
6. Blond S, Buisset N, Dam Hieu P, et al. [Cost-benefit evaluation of spinal cord stimulation treatment for failed-back surgery syndrome patients]. *Neuro-Chirurgie* 2004; 50(4): 443-53.
7. Kumar K, Rizvi S, Nguyen R, Abbas M, Bishop S, Murthy V. Impact of wait times on spinal cord stimulation therapy outcomes. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain* 2014; 14(8): 709-20.
8. Hoelscher C, Riley J, Wu C, Sharan A. Cost-Effectiveness Data Regarding Spinal Cord Stimulation for Low Back Pain. *Spine* 2017.
9. Taylor RS, Ryan J, O'Donnell R, Eldabe S, Kumar K, North RB. The cost-effectiveness of spinal cord stimulation in the treatment of failed back surgery syndrome. *Clin J Pain* 2010; 26(6): 463-9.

Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques

Techniques interventionnelles

Techniques de radiologie interventionnelle

Pr Bruno KASTLER¹, Dr Florence TIBERGHIE²

¹Hôpital Necker, Service de Radiologie, Paris, ²Hôpital Jean Minjot, CETD / Réseau Douleur Franche Comté, Besançon

La prise en charge de la douleur chronique ou aiguë rebelle peut relever, en cas d'échec des traitements médicamenteux et non médicamenteux et après concertation pluridisciplinaire, d'une technique interventionnelle de la douleur.

Chaque structure de prise en charge de la douleur s'entoure d'un réseau de professionnels impliqués dans ces différentes techniques réalisées par des anesthésistes, des neurochirurgiens, des radiologues interventionnels.

La douleur chronique, et notamment cancéreuse rebelle, est en mesure d'être traitée efficacement par les techniques de neuromodulation, qu'il s'agisse de la stimulation médullaire (SM) ou de l'infusion intrathécale (IIT) après évaluation pluridisciplinaire. À cela s'ajoutent les techniques lésionnelles utiles, mais réservées à des pathologies plus rares.

Les radiologues, grâce au moyen de guidage par l'image et possédant une bonne maîtrise de nombreux gestes (biopsies, drainages...), ont développé de nombreuses techniques interventionnelles percutanées mini invasives pour soulager les patients souffrant de douleurs chroniques réfractaires cancéreuses, mais également non cancéreuses. Ces gestes peuvent être réalisés sous anesthésie locale et blocs et le plus souvent en ambulatoire.

1. Les infiltrations

Des infiltrations d'anesthésiques locaux et de corticoïdes au niveau articulaire, le long de la chaîne sympathique ou proche des nerfs, participent à la prise en charge des lombalgies, sciatalgies, des cervicalgies, des névralgies d'Arnold, mais aussi des algies cranio-faciales réfractaires, des syndromes douloureux régionaux complexes, des douleurs pelviennes, des douleurs neuropathiques postopératoires. Ces infiltrations peuvent être complétées pour prolonger l'action antalgique par des neurolyses ciblées par radiofréquence.

2. Les techniques innovantes

Dans les douleurs chroniques d'origines cancéreuses invalidantes et rebelles aux antalgiques, les radiologues ont développé des nombreuses techniques innovantes. La neurolyse des plexus coeliaques et splanchniques comme, par exemple, dans les douleurs invalidantes du cancer du pancréas. Dans les douleurs réfractaires des métastases osseuses, les techniques de cimentoplastie (vertébroplastie sur le rachis) permettent par consolidation de prévenir le risque fracturaire.

L'effet antalgique est immédiat et le patient est debout en quelques heures. Elles peuvent être combinées, dans le même temps opératoire, à une ablation osseuse thermique par RF ou microondes dans le but d'obtenir un effet synergique antidouleur et antitumoral. Dans les localisations oligométastatiques de petite taille, un effet curatif par destruction peut être obtenu.

Toutes ces techniques très utiles nécessitent une formation et une expertise dans le traitement de la douleur, encore inégalement réparties sur le territoire et dont le maillage territorial est en cours. Les interventions sont réalisées dans des conditions d'asepsie stricte, dans une salle de radiologie interventionnelle dédiée, idéalement pour sa précision de guidage et facilité d'apprentissage sous guidage scanner.

Ces « algo-radiologues interventionnels » sont amenés, dans un contexte multidisciplinaire, à prendre une part active dans les décisions et les conduites thérapeutiques des patients atteints de douleurs cancéreuses.

Bibliographie

1. Interventional Radiology in Pain Treatment
B Kastler Editor, Springer Verlag 2008
2. Bonica's Management of Pain (Fishman, Bonica's Pain Management) 4th Edition, by Wolters Kluwer 2009
3. Chirurgie de la douleur
Marc Lévêque, éditeur Springer Verlag 2014
4. Multimodality Imaging Guidance in Interventional Pain Management Samer N. Narouze, Editor, Oxford University Press 2017

Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques

Techniques interventionnelles

Techniques spécifiques d'anesthésie : analgésie auto-contrôlée (ACP) et analgésie loco-régionale (ALR)

Pr Frédéric AUBRUN¹, Dr Éric BURES²

¹ Hôpital de la Croix-Rousse, Dépt d'Anesthésie-Réanimation, Lyon,

² Hôpital de Girac, anesthésie, Saint Michel

1. Analgésie contrôlée par le patient

En douleur aiguë, en particulier après un acte chirurgical, l'ACP par voie intraveineuse est une technique fiable puisqu'elle permet au patient de gérer sa propre souffrance, sans dépendre d'une infirmière ou d'un prescripteur. Lors d'un audit réalisé en 1993 (1), on a constaté que seuls 2 % des patients bénéficiaient de cette technique d'analgésie, les patients étant d'ailleurs gardés en salle de surveillance post-interventionnelle par crainte du risque d'effets secondaires de la morphine. Ce constat a entraîné une prise de conscience des Pouvoirs Publics et des Sociétés savantes, de l'urgence de mettre en œuvre une politique d'achat de matériel et de formation du personnel à l'usage de ces pompes d'analgésie mais aussi de dédramatiser de la morphine par une information destinée à intention des acteurs de soins et des patients. Lors d'un nouvel audit réalisé en 2007 auprès de 2000 patients, le pourcentage de bénéficiaires d'une ACP a été multiplié par 10 (2). Ce mode d'administration s'est développé par voie transdermique (dispositif iontophorétique) et par voie sub-linguale. De même, les techniques d'analgésie loco-régionales (ALR) auto-contrôlées, essentiellement par voie périmédullaire, se sont développées avec par exemple, des dispositifs de type PCEA (patient-controlled epidural analgesia = analgésie auto-contrôlée par voie péri-durale). Les indications sont nombreuses dans le cadre de chirurgies à douleur modérées à sévères prédictibles (2-5).

2. Analgésie loco-régionale

L'ALR a de nombreuses indications tant en douleur aiguë qu'en douleur chronique, en particulier à domicile. Cependant, de nombreux freins à la sortie des patients ambulatoires sont rapportés depuis la fin des années 1990, dont certains sont toujours d'actualité.

1. La législation est en faveur de l'utilisation de la Naropéine® pour de courtes durées (moins de 3 jours) : l'AMM de la Naropéine®. La rétrocession du produit (6) depuis 2006, a été confirmée en 2009 puis par l'arrêté du 26/4/2012, **ce qui interdit néanmoins son utilisation au long cours.**
2. L'article 18 de la loi du 29/12/2011 – N°2011-2012 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (7) précise : «Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise

sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation, sous réserve : que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient ». **Cependant le produit est à la charge du malade.**

3. Le plan douleur 2006 – 2010 dans sa mesure n°18 propose de (8) : « Définir les critères d'éligibilité des patients pouvant bénéficier, à leur domicile, de traitements antalgiques réalisés notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire et de la prise en charge de la douleur chronique rebelle (principalement injection d'anesthésiques locaux à l'aide de cathéter péri nerveux) et déterminer les conditions de leur utilisation à domicile. Favoriser l'accès à certains médicaments utilisés hors AMM, au domicile du patient, dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et en fin de vie, en définissant les conditions d'utilisation et les modalités de prescription de ces traitements, ainsi que la nécessaire formation des personnels concernés, notamment dans les centres de soins infirmiers. » **Malheureusement cette mesure est la seule à ne pas avoir été évaluée.**
4. L'ANSM (Ex-AFSSAPS) en 2010 aborde les différentes techniques et produits pouvant bénéficier aux patients douloureux chroniques en situation palliative (9) et notamment les modalités d'utilisation, notamment hors-AMM, de certains médicaments, **mais n'aborde pas les traitements par cathéters péri nerveux.**
5. L'ANSM publie en 2012 un protocole d'utilisation à domicile de Ropivacaïne® à 2 mg/ml en perfusion continue, dans un cathéter péri nerveux, dans le cadre de la douleur aiguë postopératoire, pendant 72 heures (10), **alors que ce traitement n'est pas en conformité avec la Nomenclature Générale des Actes Infirmiers (NGAI).**
6. La nomenclature des actes infirmiers, revue en 2014 (11), précise dans son chapitre « perfusion » que les seules injections pouvant faire l'objet d'une rémunération sont les voies veineuses, les voies sous cutanées et les voies endorectales. **La voie péri nerveuse n'est pas inscrite, alors que les infirmières libérales ont une cotation prévue pour des perfusions intra rachidiennes (cathéter péridural ou intra rachidien).** La HAS avait pourtant redéfini la perfusion à domicile en 2010 (12) : « *la voie périphérique concerne tous les vaisseaux en dehors de ceux de la voie centrale et englobe la voie intraveineuse, la voie sous-cutanée et la voie péri nerveuse.* »
7. La méconnaissance des textes est à l'origine de polémiques pour ces traitements à domicile. **La confusion est encore trop fréquente entre analgésie et anesthésie.** Le décret de compétence infirmier est souvent mal interprété et sont mélangés les compétences des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (IADE) au bloc opératoire et celles des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) en ville. L'article R 4311-12 du code de santé publique précise que l'infirmier anesthésiste diplômé d'état, est seul habilité, à effectuer des injections à visée anesthésique dans un dispositif d'ALR. L'article R4311-9 indique que l'infirmier diplômé d'état est habilité à accomplir des injections de médicaments dans des cathéters placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus **à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment.** Pour certains professionnels de santé cela signifie que le médecin doit être sur place, ce qui rendrait problématique le traitement de la douleur non seulement à domicile mais également dans bon nombre d'établissements de soins où le médecin est d'astreinte. D'autres professionnels confondent Ropivacaïne® à 7.5 ou 5 mg/ml (anesthésique) et Ropivacaïne® à 2 mg/ml (analgésique). **Ces ambiguïtés permettent des interprétations qui sont pour certains restrictives et placent les professionnels de santé dans une situation inconfortable.** La perfusion à domicile a fait l'objet d'un texte réglementaire (arrêté du 12 avril 2016) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion (13). Il précise le rôle des prestataires

de services coordinateurs de soin. Il définit les voies de perfusions utilisables à domicile dont la voie péri nerveuse. Il précise même la rémunération des prestataires de service pour des durées de perfusion de 3 semaines.

3. Actions à mettre en œuvre pour l'ALR

Des solutions existent pourtant. Le réseau SOS Douleur Domicile œuvre depuis 2004 pour ces traitements à domicile. Plus de 3 000 patients ont bénéficié de 100 000 jours de cathéter d'ALR à domicile ces 10 dernières années avec des résultats exemplaires sur la douleur en toute sécurité. Les freins au traitement de la douleur par l'ALR à domicile pourraient être levés. L'AMM du produit doit être demandée par l'industrie, mais faute de rentabilité, il y a peu d'espoir. Cependant les textes cités plus haut permettent de s'affranchir en partie de cela, notamment en situation palliative. La NGAI pourrait préciser la voie périphérique au lieu d'énumérer des voies dont certaines (la voie endorectale) ne sont pas utilisées. Cela permettrait aux infirmières libérales de prétendre à une rémunération.

Mais le problème le plus sensible vient du code de santé publique et de la potentielle nécessaire intervention du médecin à tout moment. Les traitements par cathéters péri nerveux, ces 15 dernières années, n'ont nécessité aucune intervention physique du médecin. La DHOS en 2003 ne s'était pas trompée en répondant « *concernant la possibilité à tout moment d'intervention d'un médecin : le décret répond à un objectif sécuritaire puisque seul le médecin peut débiter le traitement ce qui nécessite sa présence physique. Pour les autres injections, c'est-à-dire le branchement des perfusions autres que la première, le décret est moins restrictif. Il autorise que le médecin ne soit pas physiquement présent mais puisse intervenir. Cela suppose, qu'à tout moment, un médecin puisse être contacté et puisse effectivement intervenir.* »

Aucune des nombreuses démarches entreprises ces dernières années auprès du ministère de la Santé et des Affaires Sociales ministériel n'ont abouti, malgré l'intervention de députés à la Chambre (notamment Monsieur Jean Claude Viollet, le 27 avril 2010)

Le soulagement de la douleur aigue ou chronique, lorsqu'elle est accessible par un cathéter péri nerveux et une infusion continue d'anesthésiques locaux est possible à domicile. C'est le traitement sécuritaire dont tous les aspects sont maîtrisés depuis de nombreuses années. Il appartient aux personnalités politiques, aidées par les sociétés savantes, de se positionner afin de faire sauter les derniers verrous qui empêchent les infirmières libérales d'exercer leur métier en toute sérénité.

4. Analgésie multimodale : quels sont les risques ?

Toutes les techniques combinant différentes voies d'administration pour différents antalgiques ont permis d'améliorer le confort des patients. C'est le principe de l'analgésie multimodale.

Toutefois, le développement de l'analgésie multimodale n'est pas sans risque : il apparait après analyse de la littérature que le nombre d'accidents liés à l'injection par voie périmédullaire de produits destinés à la voie parentérale (ou encore d'anesthésiques locaux injectés par voie intraveineuse) n'est pas négligeable avec un risque de morbi-mortalité élevé. A titre d'exemple, 55 cas ont été recensés à l'échelle mondiale d'injections accidentelles intrathécales - le plus souvent mortelles - d'agents de chimiothérapie destinés à la voie intraveineuse (14). Ce risque concerne également la gestion de la douleur aiguë (15) et en particulier celle de la parturiente (16).

Un des moyens de réduire le risque est par exemple de rendre incompatible le matériel d'injection IV avec les cathéters ou aiguilles destinés à la voie périmédullaire. C'est le principe du détrompage (Un détrompeur est un dispositif, généralement mécanique, permettant d'éviter les erreurs d'assemblage, de montage ou de branchement). Une nouvelle norme ISO a donc été proposée en 2016 afin d'éviter les erreurs de raccordement: L'ISO 80369-6:2016. Des dispositifs médicaux de type NRFit™ sont donc en cours de fabrication par les industriels avec une application au niveau de l'anesthésie, de l'analgésie et de l'oncologie. Actuellement, ce changement majeur n'est pas porté par les Agences ou les Autorités sanitaires en France.

5. Action à mettre en œuvre en ALR

Relayer l'information et accompagner les changements de matériel dans le cadre d'une vaste campagne axée sur la sécurité. Ce dispositif doit remplacer les précédents (notamment les connections LUER™ pour l'ALR) dans les deux ans à venir.

Anesthésie et douleur

Points forts

- Le pourcentage de bénéficiaires d'un **dispositif d'analgésie auto-contrôlée** a été multiplié par 10 en 15 ans.
- L'**ALR** a de nombreuses indications tant en douleur aiguë qu'en douleur chronique, en particulier à domicile. Elle est en constant développement, en particulier sous forme auto-contrôlée

Risques

- De trop nombreux freins réglementaires diminuent significativement le pourcentage de patients bénéficiaires d'une ALR à domicile, notamment parmi les plus vulnérables
- Le risque d'erreur d'administration par voie intraveineuse de produits destinés à l'ALR (ou inversement) persiste malgré les campagnes successives de prévention des événements indésirables graves.

Propositions

- Le soulagement de la douleur aiguë ou chronique, lorsqu'elle est accessible par un cathéter péri nerveux et une infusion continue d'anesthésiques locaux est possible à domicile. C'est le traitement sécuritaire dont tous les aspects sont maîtrisés depuis de nombreuses années. **Il appartient aux personnalités politiques, aidées par les sociétés savantes, de se positionner** afin de faire sauter les derniers verrous qui empêchent les infirmières libérales d'exercer leur métier en toute sérénité.
- **Relayer l'information concernant le changement de norme ISO** (prévue en 2019) et accompagner les changements de matériel dans le cadre d'une vaste campagne axée sur la sécurité.

Références

1. Poisson-Salomon AS, Brasseur L, Lory C, Chauvin M, Durieux P et le groupe de pilotage. Audit de la prise en charge de la douleur postopératoire. *Presse Med* 1996; 25: 1013-17.
2. Fletcher D, Fermanian C, Mardaye A, Aegerter P; Pain and Regional Anesthesia Committee of the French Anesthesia and Intensive Care Society (SFAR). A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges
Pain. 2008;137: 441-51.
3. Golster M. Seven years of patient-controlled epidural analgesia in a swedish hospital : a prospective survey. *Eur J Anaesthesiol* 2014 ; 31 : 589-96.
4. Dualé C, Gayraud G, Taheri H, Bastien O, Schoeffler P. A French Nationwide Survey on Anesthesiologist-Perceived Barriers to the Use of Epidural and Paravertebral Block in Thoracic Surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2015; 29: 942-9.
5. Benhamou D, Viel E, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, Neugebauer EA, Schwenk W, Torres LM [PATHOS study on postoperative pain management in Europe: French data]. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2008; 27: 664-78.
6. LISTE DE RETROCESSION (mise à jour le 12/01/17). Article L.5126-4 du code de la santé publique. http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de_sante/prescription-et-dispensation/article/medicaments-retrocedes-retrocession.
7. LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé - <https://www.legifrance.gouv.fr>.
8. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010 du 3 mars 2006. Priorité 3, objectif 7. www.social-sante.gouv.fr/
9. RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. Afssaps - Juin 2010. www.ansm-sante.fr.
10. Protocole d'utilisation à domicile des spécialités à base de Ropivacaïne® 2 mg/ml, solution injectable en poche (Naropéine® et génériques) dans le cadre de l'analgésie postopératoire par cathéter per nerveux. ANSM 05/2012. www.ansm-santé.fr
11. Nomenclature générale des actes infirmiers. Modification des forfaits de perfusion. JORF N°0226 du 30/09/2014 applicable le 01/10/2014. www.onsil.fr/docs/site/nomenclature/ngap-onsil-version-au-1er-janvier-2015
12. Évaluation des dispositifs médicaux pour la perfusion à domicile- Révision des descriptions génériques de la liste des produits et prestations remboursables : « Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile ». Septembre 2010. www.has-sante.fr
13. Arrêté du 12 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées visées sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale - NOR : AFSS1607527A. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/4/12/AFSS1607527A/jo>
14. Chotsampancharoen T, Sripornawan P, Wongchanchailert M Chemotherapy. Two Fatal Cases of Accidental Intrathecal Vincristine Administration: Learning from Death Events. 2016;61: 108-10.
15. Liu H, Tariq R, Liu GL, Yan H, Kaye AD Inadvertent intrathecal injections and best practice management. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2017; 61: 11-22.
16. Patel S, Loveridge R. Obstetric Neuraxial Drug Administration Errors: A Quantitative and Qualitative Analytical Review. *Anesth Analg*. 2015; 121: 1570-7.

Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques

Thérapie intrathécale

Dr Yves Marie PLUCHON¹, Dr Denis DUPOIRON², Dr Florence TIBERGHIE³

¹ Centre Hospitalier Départemental, CETD, La Roche Sur Yon, ² Institut de cancérologie de l'ouest Paul Papin, DAR / CETD, Angers, ³ Hôpital Jean Minjot, CETD / Réseau Douleur Franche Comté, Besançon

Afin de diminuer l'incidence toujours élevé de la douleur dans la maladie cancéreuse ^{1,2} il est nécessaire de limiter les délais de prise en charge des patients et de leur donner accès aux alternatives thérapeutiques spécialisées.

Une organisation adaptée doit être mise en place sur l'ensemble du territoire, afin de donner les mêmes chances d'accès aux différentes alternatives thérapeutiques techniques ou non, selon les connaissances actuelles de la médecine.

1. L'analgésie intrathécale

L'analgésie intrathécale, dont l'intérêt est reconnu par les recommandations internationales et nationales dans le traitement de la douleur réfractaire cancéreuse avec un haut niveau de preuve, doit faire partie de l'arsenal thérapeutique pour ces patients. Elle doit pouvoir être proposée par les algologues au cours de l'évolution de la maladie cancéreuse comme un recours en cas d'insuffisance d'efficacité des antalgiques après rotation des opioïdes, douleurs neuropathiques rebelles, ou effets indésirables non contrôlables.

La demande d'avis algologique en interne auprès du service compétant doit être organisée dans les établissements de soins par un moyen de communication dédié ou en consultation externe. La réponse sans délais peut être une évaluation immédiate par une infirmière ressource douleur (IRD), puis une suggestion thérapeutique médicale proposée dans les 24 à 48 h.

En l'absence de contrôle des symptômes au décours de l'évolution de la prise en charge, une présentation en RCP douleur régionale (avec au minimum la présence d'algologues interventionnels et d'algologues spécialisés dans la prise en charge de la douleur cancéreuse) doit être organisée pour faciliter l'accès à certaines techniques, dont l'analgésie intrathécale.

Une fois cette technique réalisée quand elle aura été retenue, le suivi (remplissages, paramétrages, évaluation, suivi algologique) doit pouvoir s'organiser en proximité, en toute sécurité, tout en maintenant un niveau de qualité élevé, indispensable à la sécurité de la technique.

2. Quel suivi ?

Ce suivi doit faire intervenir assez précocement, si besoin, une équipe de soins palliatifs.

Cette organisation préalable avec médecins et IRD du service Algologie/CETD, en lien avec l'oncologue référent du patient, autorise le suivi de proximité.

L'accès à l'analgésie intrathécale, le suivi de proximité de qualité, la disponibilité des acteurs compétents en Algologie, partout en France, est un gage de qualité et d'efficacité dans la prise en charge de la douleur dans la maladie cancéreuse.

La réalisation de ces objectifs repose probablement sur la mise en place d'une organisation régionale sous l'égide de l'ARS, avec un référent spécialisé dans la prise en charge de la douleur du cancer, chargé d'organiser et de développer les prises en charge spécialisées, les réunions multidisciplinaires et en faciliter l'accès à tous les acteurs impliqués dans cette prise en charge.

Cette technique doit pouvoir être proposée également dans les douleurs neuropathiques rebelles après évaluation pluridisciplinaire.

Les pompes intrathécales ont fait l'objet d'une évaluation par la HAS et elles sont remboursées par la sécurité sociale depuis mars 2009 dans cette indication, de même que les soins qui y sont associés.

3. Quels produits ?

Les traitements intrathécaux reposent sur des classes médicamenteuses qui sont essentiellement, les opioïdes, les anesthésiques locaux, le ziconotide et les agonistes adrénergiques. Ces produits peuvent être utilisés en association et des conférences de consensus internationales ont défini leurs règles d'usage en fonction de paliers et du type de pathologie^{4,5,6,7}.

En effet, un des problèmes de l'analgésie intrathécale est la concentration des médicaments utilisés pour cette thérapeutique, car les pompes ont un volume limité et seules des concentrations initiales élevées des drogues permettent de garantir une autonomie suffisante pour le patient et d'éviter des recharges des pompes trop fréquentes^{8,9}. Ceci est particulièrement vrai pour les patients atteints de cancer avancé, dont les déplacements sont souvent difficiles et potentiellement douloureux.

La Bupivacaïne® concentrée à 40 mg/ml, qui est largement utilisée dans le monde n'est pas disponible en France et pose un réel problème, puisque certains patients doivent bénéficier d'un remplissage parfois tous les 5 jours.

Malgré l'aide de sociétés savantes, de spécialistes reconnus et d'autres personnalités impliquées dans l'amélioration de la prise en charge des patients en situation palliative, la position de l'ANSM reste figée sur l'analgésie intrathécale.

Face au progrès de la médecine et à l'augmentation de l'espérance de vie des patients atteints de douleur du cancer, cette situation est préjudiciable et il serait souhaitable qu'elle soit réévaluée.

Références

1. Breivik, H., et al., Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol*, 2009. 20(8): p. 1420-33.
2. INCA, Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Enquete-nationale-2010-sur-la-prise-en-charge-de-la-douleur-chez-des-patients-adultes-atteints-de-cancer-Synthese>, 2012.

3. Beloeil, H., et al., [Guidelines for regional anesthetic and analgesic techniques in the treatment of chronic pain syndromes]. *Ann Fr Anesth Reanim*, 2013. 32(4): p. 275-84.
4. Deer, T.R., et al., Polyanalgesic Consensus Conference 2012: recommendations for the management of pain by intrathecal (intraspinale) drug delivery: report of an interdisciplinary expert panel. *Neuromodulation*, 2012. 15(5): p. 436-64; discussion 464-6.
5. Deer, T.R., et al., Comprehensive consensus based guidelines on intrathecal drug delivery systems in the treatment of pain caused by cancer pain. *Pain Physician*, 2011. 14(3): p. E283-312.
6. Smith, T.J., et al., Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. *J Clin Oncol*, 2002. 20(19): p. 4040-9.
7. Deer, T.R., et al., The Polyanalgesic Consensus Conference (PACC): Recommendations for Intrathecal Drug Delivery: Guidance for Improving Safety and Mitigating Risks. *Neuromodulation*, 2017. 20(2): p. 155-176.
8. Dupouiron D, L-K.D., Brenet O, Bourmont S, Grelon F et al. and Douleur chronique cancéreuse et analgésie intrathécale: expérience de trois centres de lutte contre le cancer. *Douleur*, 2011. 12(3): p. 140-146.
9. Dupouiron, D., et al., Ziconotide adverse events in patients with cancer pain: a multicenter observational study of a slow titration, multidrug protocol. *Pain Physician*, 2012. 15(5): p. 395-403.

Pour toutes ces techniques interventionnelles en douleur

Point forts

- Toutes ces techniques sont recommandées et validées
- Investissements des équipes de radiologues interventionnelles en France
- Equipes pointues modèles qui sont des exemples pour les thérapies intrathécales

Risques

- Inégalité d'accès de toutes ces techniques sur le territoire
- Techniques très dépendantes de l'implication des spécialistes concernés, anesthésistes, neurochirurgiens, radiologues
- Désinvestissements des anesthésistes et des neurochirurgiens
- Dev de ses techniques dépendantes d'un parcours patient bien défini avec RCP réunissant, anesthésistes, médecins de la douleur, médecins de soins palliatifs, pharmaciens pour les thérapies intrathécales et reposant uniquement parfois sur des médecins volontaires et pour la plupart en fin de carrière
- Bupivacaïne® forte concentration indisponible en France

Propositions

- Recensement régions par régions de toutes les techniques disponibles
- Mise en place de RCP régionales avec centres référents et Maillage territorial
- Implication des structures douleur et des institutions pour la coordination de ses techniques

Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques

Les Pain Management Programs : une révolution pour la Médecine Physique Réadaptation dans le traitement des douleurs chroniques

Dr Michel MOREL FATIO, Dr Hicham CHENANI

Centre de Médecine Physique Réadaptation, CETD, Coubert

1. La Réadaptation traite les séquelles, pour réduire le handicap

La Médecine Physique Réadaptation (MPR) est une ressource souvent méconnue dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Elle comporte deux versants :

La « *Rééducation* » traite les lésions par *des techniques* kinésithérapiques dans une optique de retour à un état antérieur. Elle obéit au modèle lésionnel, à ce stade, la douleur aiguë qui l'accompagne joue un rôle de protection qui accompagne la cicatrisation.

La « *Réadaptation* » « compense » les incapacités fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales ...au stade des séquelles de maladie chronique. Elle vise à réduire le handicap qui en résulte en optimisant ces différentes dimensions dans un programme thérapeutique multidisciplinaire proposé et accompagné par une équipe de réadaptation. La douleur chronique entre dans ce deuxième cadre.

2. La douleur chronique, est une maladie chronique, responsable d'un handicap

La douleur chronique bénigne (3 à 6 mois) n'est plus considérée comme le symptôme d'une lésion. Elle est l'expression d'un dysfonctionnement physiologique de la nociception dans sa fonction d'alerte aiguë. Etat séquellaire reconnu par l'OMS comme « maladie chronique » distinct de la douleur aiguë, elle relève d'un programme de réadaptation. Les « Pain Management Programs » (PMP) répondent à ce cadre. Leur but n'est plus le traitement de la pathologie médicale responsable de la douleur, mais le traitement des mécanismes d'incapacité engendrés par la persistance de la douleur. Sous la pression des groupes de patients et des spécialistes de la douleur, et grâce au concours de la British Pain Society et de l'American Pain Society, des audits scientifiques et techniques, ont évalué et validé la pertinence et l'efficacité de ces programmes de réadaptation pour soulager les douleurs efficaces disponibles.

3. Les Pain Management Programs : le paradoxe français ?

Malgré le poids des bases scientifiques fortes accumulées, les Pain Management Programs ne se sont pas encore implantés en France. Le parcours du patient douloureux chronique français, contrairement aux anglo-saxons, reste plus axé sur des thérapeutiques médicamenteuses lourdes ou interventionnelles. C'est dans cette optique que de l'UGECAMidf, groupe CNAM a décidé il y

a quelques années, d'implanter au sein du Centre de Médecine Physique Réadaptation de Coubert, une Unité spécialisée de réadaptation pour les patients douloureux chroniques (labellisé CETD) afin d'y développer les PMP. Notre expérience des PMP nous a permis de valider la pertinence de ces programmes lorsqu'ils sont réalisés dans le respect des recommandations de la British Pain Society et de l'American Pain Society.

Rééducation et douleur

Conclusion

La version française des Pain Management Programs pourrait s'imposer comme une évidence, en s'inspirant de la démarche de la British Pain Society, qui estime utile de réaliser une conférence de Consensus sur le sujet tous les quatre ans. Ce serait aussi l'occasion d'ouvrir le dossier valorisation des actes PMSI « *Programme de réadaptation PMP* », en s'inspirant de l'audit technique de « l'Agency for Healthcare Research and Quality Department of Health and Human Services » qui, après avoir confirmé « l'intérêt cout efficacité » des PMP, avait permis d'établir les bases d'une cotation basée sur la gravité de la douleur de la douleur chronique.

Références

Amanda C de C Williams, J. Adams, G Cavill, B.Collett, C. Eccleston, et al.. Pain Management Programs for adults a consensus statement prepared on behalf of the British Pain Society April 2007

Wilkinson P, J. Wiles, F.Cole, Main C., McCracken L., Williams A., et al. Guidelines for Pain Management Programs for adults. An evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society November 2013 to be reviewed October 2018

Gatchel Robert J.and Akiko Okifuji Evidence-Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost-Effectiveness of Comprehensive Pain Programs for Chronic Nonmalignant Pain. The Journal of Pain, Vol 7, No 11, 2006: pp 779-793

Moore J, Butler M, Stark A, Kane. R Agency for Healthcare Research and Quality Department of Health and Human « Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Non cancer Pain ». Minnesota Evidence-based Practice Center Minneapolis, MN AHRQ No. 11-EHC064-EF September 2011

Johnson J, Pain Management Network, Pain Management Programs – Which Patient for Which Program? A guide for NSW Tier 3 and Tier 2 public health facilities providing pain programs Agency for Clinical Innovation 2013 Published: December 2013

Psychothérapies et Douleur

*Véronique BARFETY-SERVIGNAT¹, Antoine BIOY², Séverine CONRADI³,
Françoise HIRSCH⁴*

¹ CHU, Consultation douleur et rhumatologie, Lille, ² Université de Bourgogne Franche-Comté, Pôle AAFE, Dijon, ³ Hôpital Avicenne, consultation douleur, Bobigny, ⁴ Hôpital Rangueil, neuro-chirurgie / CETD, Toulouse

Plusieurs courants animent les psychothérapies et chaque courant a développé ses modalités psychothérapeutiques.

La **psychothérapie** est une pratique qui a pour objet le psychisme dans le cadre d'une relation interpersonnelle, qui permet de mettre en travail les difficultés et les conflits traversés et vise leur élaboration en vue d'un soulagement de la souffrance psychique du sujet. Sa pratique s'effectue dans des conditions précises et requiert des connaissances du psychisme, y compris dans ses organisations pathologiques.

La **thérapie de soutien** vise à apporter une aide et un soulagement et non à mobiliser le psychisme en profondeur : elle a pour principe de soutenir les mécanismes de réassurance narcissique.

Les **thérapies familiales** sont intéressantes et indiquées en clinique de la douleur compte tenu des remaniements que la douleur opère au sein des familles.

Nous traiterons ici des **principaux courants : analytique, comportemental, humaniste et systémique.**

1. La méthode psychothérapique analytique – psychanalyse, psychothérapie psychanalytique, psychothérapie d'orientation analytique – est fondée sur la parole, fait appel à l'inconscient où la souffrance psychique doit être comprise et soulagée. Cette méthode prend en considération le patient douloureux dans son organisation psychique. Elle interroge et identifie les fonctions et le retentissement de la douleur pour le patient. Par l'analyse du transfert, des résistances et du désir, elle permet de mieux comprendre les conflits internes, de leur donner un sens nouveau et d'éviter qu'ils ne se répètent dans la vie actuelle sous forme de symptômes psychiques et/ou physiques. Les dernières études montrent l'efficacité de ces techniques à long terme chez les patients en souffrance (1,2,3,4). On retrouve aussi dans cette approche des techniques ou médiations tout à fait indiquées en clinique de la douleur et qui permettent de travailler en groupe : le photolangage, le psychodrame analytique, le groupe de parole, les médiations corporelles d'orientation analytique....

2. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) considèrent la douleur comme un comportement qui s'acquiert ou se maintient par des mécanismes identiques à ceux de l'apprentissage⁵. De fait, l'identification des facteurs psychologiques et relationnels pouvant avoir un impact tant dans le déclenchement, l'aggravation ou l'atténuation de la douleur

permet d'ouvrir sur des modalités de prise en charge ⁶ sur la douleur en elle-même et ses conséquences directes, mais aussi sur des problématiques associées, réactionnelles ou précédant la douleur (dépression, anxiété, état de stress post-traumatique...). Elles reposent par ailleurs sur une démarche scientifique, où l'analyse fonctionnelle reste l'étape fondamentale, permettant d'accéder à une compréhension de la problématique et une définition du cadre d'intervention dans le respect de la subjectivité du sujet. Elles peuvent être réalisées en individuelle, en groupe ou être intégrées au sein d'une équipe pluriprofessionnelle formée. Enfin, elles peuvent être en liens avec différentes approches (hypnose, EMDR,...) et de ce fait participer à une approche intégrative.

3. Psychologie humaniste et prise en charge de la douleur

L'approche humaniste s'organise autour de l'importance des expériences de vie comme lieu des ressources et des apprentissages d'une personne, dont l'expérience douloureuse fait partie (aiguë et chronique). En s'intéressant à la façon dont les expériences sont vécues et la place des ressentis physiques et émotionnels dans ce vécu expérientiel, la psychologie humaniste se nourrit du courant phénoménologique. L'homme apprend de ses expériences et avance dans ses apprentissages pour construire des compétences (dont la base historique est la pyramide des besoins de Maslow). Lorsque ce développement est empêché (l'expérience « bloquée », expérience qui peut être un vécu douloureux) une intervention spécifique auprès du patient douloureux chronique peut être nécessaire sous la forme d'un accompagnement ou d'une psychothérapie dite humaniste : approche centrée sur la personne de Carl Rogers, logothérapie de Viktor Frankl, Gestalt thérapie de Fritz Perls. L'importance donnée au corporel et aux perceptions dans ces approches font que la méthode humaniste s'articule particulièrement bien avec les méthodes dites psychocorporelles.

4. L'approche systémique familiale est un courant de pensée intégratif où le symptôme est considéré comme émanant du contexte dans lequel il se situe, plus particulièrement du contexte familial, et non comme étant simplement réductible à l'individu qui le porte. La famille est envisagée comme étant un système car c'est un ensemble d'éléments en interaction qui échange de l'information avec l'extérieur (Watzlawick). Les thérapies systémiques et familiales sont des thérapies pertinentes dans la prise en charge des patients douloureux chroniques car elles interrogent la fonction du symptôme douloureux afin d'obtenir une vision globale de l'impact de celui-ci sur le patient et son environnement familial. Ces thérapies permettent ainsi de corriger l'homéostasie qui s'est installée dans le système familial, résultat du symptôme douloureux chronique. Elles permettront ainsi d'améliorer les capacités d'adaptation familiales, la qualité de vie du patient douloureux chronique et par voie de conséquence celle de sa famille.

5. Le cas de l'hypnothérapie en clinique de la douleur

Le terme « hypnothérapie » désigne la méthode hypnotique employée dans un cadre d'accompagnement psychologique, voire psychothérapeutique. Cette méthode n'est pas spécifique à l'approche en douleur mais intéresse aussi la clinique auprès des patients douloureux. Quoique possédant des bases techniques identiques, l'hypnothérapie auprès de personnes algiques est distincte de l'hypnose médicale appliquée à la douleur (hypnoalgésie) du fait qu'elle concerne uniquement la douleur chronique et a pour objectif non une modification directe de la douleur, mais un travail de nature psychologique sur le positionnement du patient au regard de sa problématique physique et/ou psychologique. L'exercice psychothérapeutique avec l'hypnose s'appuie sur

des connaissances en psychopathologie. Si le terme « hypnothérapie » n'est pas protégé par la Loi, le fait d'appliquer une méthode avec une intention thérapeutique est par contre légalement défini (acte diagnostic et/ou de traitement ; article 4161-1 du CSP, bulletin 505-506 cass crim, et jurisprudences). Ainsi précisé, l'exercice hypnothérapeutique est réservé aux professionnels de santé habilités par leur formation initiale à engager une démarche thérapeutique.

La psychothérapie dans la prise en charge de la douleur

Points forts

- Pluralité et complémentarité des approches
- Repose sur une évaluation psychologique et psychopathologique experte
- Très bonne connaissance des modalités psychothérapeutiques par les psychologues

Risques

- Psychothérapie mise en place sans évaluation psychologique et psychopathologique préalable
- Pas de prise en compte des enjeux identitaires et de personnalité
- Chronicisation de la plainte par défaut de dispositifs de soins adéquates
- Errances dans la prise en charge

Propositions

- Reconnaître l'expertise spécifique des psychologues en place
- Valoriser l'activité des psychologues au sein des structures douleur chronique
- Nécessite de développer des moyens en terme de temps, d'emploi, d'espace et de formation

Bibliographie

1. Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, Mcpherson S, Thomas R, Pasco Fearon RM, Goldberg D, Taylor D (2015) Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS), *World Psychiatry* 2015;14:312–321
2. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S (2006) Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders, *Cochrane Database Syst Rev.*18;(4):CD004687
3. Brett D, Thombs, Marielle Bassel, Lisa R. Jewett (2009) Analyzing Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy, *JAMA*, 301(9), 930
4. Shedler J (2010) The efficacy of psychodynamic psychotherapy, *American Psychologist*, University of Colorado Denver School of Medicine
5. Boureau F ; Modèles théoriques cognitifs et comportementaux de la douleur chronique ; *Douleur et Analgésie*, December 1999, 12:265.

6. Serra, Monestès Histoire des thérapies cognitives et comportementales de la douleur : les modèles dans Douleur Chronique et TCC sous la direction de F.Laroche et P.Roussel Editions In press.
7. Anne Masselin-Dubois ; Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et Mindfulness, un modèle de flexibilité psychologique pour la douleur chronique Doi : 10.1016/j.douler.2016.08.003 Sous presse. Épreuves corrigées par l'auteur. Disponible en ligne depuis le samedi 29 octobre 2016
8. Roussel, Dany, Dosseto, Reconsidérer la thérapie d'exposition concernant la peur-évitement de la douleur chronique ; Journal de thérapie comportementale et cognitive (2016) sous presse.
9. Bioy, A. (2017) L'approche hypnotique en clinique de la douleur. In MJ. Brennstuhl (Ed). Nouvelles conceptions de la douleur et nouvelles formes de prise en charge. Paris : Dunod.
10. Bioy, A. (2016) L'hypnothérapie. In A. Untas, C. Bungener & C. Flahault (Ed). Interventions psychothérapeutiques dans les maladies somatiques. Accompagner les patients et leurs proches. Paris : DeBoeck.
11. Santarpi A (216) Introduction aux psychothérapies humanistes. Paris: Dunod
12. Bioy A, Maquet A (2013) Se former à la relation d'aide. Paris: Dunod
13. Gennart M. et al (2001) La maladie chronique : une atteinte à l'histoire des familles , *Thérapie Familiale* (Vol. 22), p. 231-250
14. Mazzocato C, Guisado, H (2002) La famille, un partenaire quelque peu négligé... Congrès annuel de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs », *InfoKara* (Vol. 17), p. 63-65
15. Vannotti, M, Gennart M (2006) L'expérience « pathique » de la douleur chronique : une approche phénoménologique, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques des réseaux* (n°36), p. 13-21
16. Watzlawick P, Helmick Beavin J, D. Jackson D (2014) , Une logique de la communication, *Points*, 102

Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques

Les approches complémentaires

*Christine BERLEMONT¹, Dr Elisabeth COLLIN², Séverine CONRAD³,
Aline Le CHEVALIER⁴*

*¹ Hôpital Bicêtre, CETD, Le Kremlin Bicêtre, ² Hôpital Avicenne, consultation douleur, Bobigny,
³ Hôpital Central, CETD, Nancy, ⁴ Établissements du Bessin, Réseau Régional Douleur Bas-Normand, BAYEUX*

La place des approches complémentaires dans la prise en charge des patients douloureux chroniques s'est considérablement développée, notamment encouragée par le dernier plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur¹. De nombreux patients font appel à ces approches non pharmacologiques en plus de leurs traitements pharmacologiques.

De quelles approches parle-t-on, et comment les définir ? Quelle est leur place dans l'arsenal thérapeutique au cours de la prise en charge des personnes douloureuses, en médecine libérale, hospitalière et dans nos structures spécialisées ?

Plébiscitées par les patients, il reste néanmoins des difficultés à les intégrer de façon rigoureuse à nos pratiques, le plus souvent pour des raisons d'accessibilité, de manque de connaissances sur l'efficacité de ces pratiques, du manque de réglementation.

Quel serait l'idéal pour leur meilleure utilisation et pour leur développement ?

1. Définition des approches complémentaires et place dans l'arsenal thérapeutique

La médecine de la douleur est une médecine conventionnelle holistique et intégrative. C'est-à-dire qu'elle intègre à la pratique médicale conventionnelle des approches qui font partie des thérapies complémentaires. Il ne s'agit donc pas d'approches alternatives, ce qui signifierait qu'elles seraient effectuées à place de la médecine conventionnelle². Les approches non pharmacologiques prennent leur place à la suite d'une évaluation rigoureuse biopsychosociale de la personne douloureuse chronique, effectuée par une équipe pluriprofessionnelle et leur mise en pratique se réalise par un professionnel de santé (médecin, infirmier, psychologue) spécifiquement formée à une pratique complémentaire. Elles s'intègrent ainsi à l'ensemble des propositions thérapeutiques.

Quelles sont ces approches ou thérapies complémentaires (terme préconisé par le rapport de l'Académie Nationale de Médecine³) ?

Il n'est pas possible de les citer toutes. Quatre cents pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique sont présentes sur le site de la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (MIVILUDE)⁴. Le choix d'un regroupement en 5 catégories selon la nature du traitement est communément admis dans la littérature internationale⁵ : approches psychocorporelles (hypnose, méditation ...) ; thérapies physiques manuelles (ostéopathie, chiropractie...) ; thérapies énergétiques (toucher thérapeutique, Qi Gong...) ; autres pratiques et approches de la santé (Médecines traditionnelles [chinoise, ayurvédique], homéopathie, naturopathie...) ; Thé-

rapies biologiques naturels (plantes...). À l'évidence, des zones de chevauchement existent et certaines thérapeutiques peuvent appartenir à plusieurs catégories. Il est recommandé (obligatoire dans le rapport de l'AP-HP) que ces pratiques soient effectuées de préférence par un professionnel de santé ayant une formation validée de qualité. En effet, ces pratiques peuvent être l'objet de dérives sectaires, et sont surveillées par la MIVILUDE⁴.

2. Quelles sont les approches complémentaires utilisées pour la prise en charge de la douleur chronique au sein des structures douleurs ?

Dans la littérature internationale, la place accordée aux approches complémentaires pour le soulagement des patients pris en charge dans des structures douleur n'est pas réellement abordée. En France, les enquêtes disponibles vont toutes dans le même sens (SFETD 2014, 2017⁶; AP-HP 2012) et indiquent que les approches psychocorporelles (hypnose, sophrologie, relaxation, méditation), certaines thérapies énergétiques (toucher massage, yoga, tai chi) ainsi que l'acupuncture et l'auriculothérapie sont les plus proposées. La dernière enquête « éclair » réalisée par la SFETD au sein des structures douleur indique qu'elles sont pratiquées par les médecins suivi de près par les infirmiers ressource douleur puis par les psychologues (au regard de leurs temps d'affectation aux SDC). Les patients qui en bénéficient plébiscitent ces approches et sont de plus en plus nombreux à en faire la demander au cours de leur prise en charge.

3. Devenir de ces approches

Au sein des structures douleur chronique, la mise en pratique est un exemple parlant du développement de ces approches : encore exceptionnelles, il y a quelques dizaines d'années, elles sont maintenant intégrées dans l'offre de soins des structures douleur (à des degrés divers et en fonction des moyens). Leur intérêt clinique repose sur la complémentarité avec les approches conventionnelles, sur une nécessaire personnalisation de l'approche et par leur rôle de médiation et de modulation de la douleur⁷. On retrouve d'ailleurs l'intérêt des techniques non médicamenteuses dans un cadre plus large que la douleur⁸. Utilisées dans le cadre des douleurs chroniques, elles s'utilisent dans la gestion des douleurs liées aux soins mais également dans la prévention des douleurs (en préopératoire par exemple).

Mais les connaissances dans le domaine restent disparates. On retrouve des techniques qui commencent à avoir un bagage scientifique sérieux^{9,10,11}, des techniques émergentes en terme de pratique mais qui nécessitent de mieux connaître les mécanismes^{12,13, 14} et des techniques en cours d'émergence dont les connaissances restent très voire trop limitées.

Enfin plusieurs de ces approches notamment les approches psycho-coporelles ont un lien avec les dimensions psychologiques et peuvent être utilisées dans un cadre psychothérapeutique. Cela nécessite de fait une formation explicite des professionnels et une pratique dans un cadre de travail défini¹⁵.

Approches complémentaires et douleur

Points forts

- Possibilité d' étoffer l' offre de soins proposée au patient.
- Possibilité d' un apprentissage par le patient pour certaines thérapies complémentaires, accessibilité à une autonomie et permettre une auto-gestion de la douleur.

Risques

- Sans cadre réglementaire, ces approches peuvent être contestées. La rigueur de leur enseignement et de leur mise en application nécessitent une réflexion regroupant des professionnels de santé, association de patients et des instances.
- L' accès à ces approches est variable selon les lieux de soins et l' offre en libéral n' est pas suffisamment éclairé (informations au patient).

Propositions

- Participer à l' élaboration de documents pour un cadre de mise en pratique des approches validées.
- Encourager et participer à des recherches pour comprendre le mécanisme d' action de certaines pratiques complémentaires.
- Elaborer des documents à l' usage des patients, des professionnels de santé et des institutions afin de sécuriser la mise en pratique d' une approche validée.

Références

1. Ministère de la santé et des Solidarités. Plan d' amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Axe 3 : améliorer l' utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques.
2. Fagon JY, Viens-Bitker C, Rapport sur les médecines complémentaires à l' Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, (2012)
3. Allilaire JF, Dubousset J, Bontoux D, et al, Thérapies complémentaires acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins, [] Académie Nationale de Médecine (2013) Rapport de l' Académie Nationale de Médecine, <http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>
4. Mivilude, <http://www.derives-sectes.gouv.fr/>
5. Stratégie de l' OMS pour les médecines traditionnelles, 2014-2023, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95009/1/9789242506099_fre.pdf
6. Enquête Nationale SFETD sur l' activité des structures douleurs (2014) (http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3349/EnqueteSFETD/resultats_enquete_structure_douleur.pdf)
7. Françoise Bérout sous la coordination, THÉRAPIES À MÉDIATION CORPORELLE & DOULEUR ; 2013 IUD

8. HAS Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées Avril 2011 (rapport, 94p et fiche de synthèse).
9. Dossier du mois, SFETD, Pr A.Bioy, Hypnose où en est-on ?
10. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. INSERM, 2015. 213p.
11. Caroline Barry, Valérie Seegers, Juliette Gueguen, Christine Hassler, Aminata Ali, Bruno Falissard ; Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture, INSERM, 2014, 212p.
12. Anne Masselin-Dubois ; Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et Mindfulness, un modèle de flexibilité psychologique pour la douleur chronique Doi : 10.1016/j.douleur.2016.08.003 Sous presse. Épreuves corrigées par l'auteur. Disponible en ligne depuis le samedi 29 octobre 2016
13. <https://silversantestudy.fr>
14. Guétin S, Giniès P, Blayac JP et al. Une nouvelle technique contrôlée de musicothérapie dans la prise en charge des douleurs viscérales aiguës et chroniques. Douleur et Analgésie 2005;18:19-25.
15. Cahier SFETD n°1 La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux, mars 2013.

Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques

L'éducation thérapeutique des patients

Dr Rodrigue DELEENS

Hôpital Charles Nicole, CETD, Rouen

1. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique des patients (ETP) ?

- L'ETP vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, la douleur chronique doit répondre à cette définition. C'est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient (définition HAS).
- L'ETP a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.
- Les programmes doivent être validés et autorisés par l'agence régionale de santé, et répondent à un cahier des charges précis (arrêté et décret n° 2010-904).
- En France, selon les données transmises par les ARS en mai 2017, 17 programmes d'ETP « douleur chronique » sont recensés et 15 programmes intégrant la douleur dans le cadre d'une pathologie définie.

2. Qui met en place et évaluation des programmes d'ETP ?

2. 1. Élaboration des programmes

Les structures douleur proposent une consultation d'orientation, une évaluation bio-psycho-sociale et une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Ces programmes doivent faire partie de leurs missions. Leur élaboration, l'animation, leur coordination se font en équipe pluridisciplinaire, en collaboration avec des associations de patients, de « patients-experts ».

2. 2. Une évaluation nécessaire et obligatoire

Une auto-évaluation annuelle est préconisée, elle est pédagogique et permet des décisions pour en améliorer la qualité et adapter son contenu.

Une évaluation quadriennale du programme est obligatoire, en lien avec les ARS. Elle détermine si un programme fonctionne bien dans son ensemble pour décider de sa poursuite, le cas échéant de sa réorientation, ou de son arrêt.

3. Quels types de programme ?

Ils peuvent être orientés par pathologie (lombalgie, fibromyalgie, arthrose, céphalées-migraines, douleur(s) du cancer...) ou généraux, sous l'intitulé « douleur chronique », au sein desquels des ateliers spécifiques seront proposés. Quelque soit le type de programme, un diagnostic éducatif, ou bilan éducatif est réalisé en individuel (par un médecin ou un paramédical). Il permet de cibler les connaissances et les besoins éducatifs spécifique pour chaque patient. Au cours des programmes, les différents ateliers, individuels ou en groupe interactifs sont animés par des personnes formées (40h obligatoires).

ETP en Douleur

Points forts

- **Pour les patients:**

- Un patient acteur de sa prise en charge est un patient qui saura reprendre une activité (professionnelle, sociale, physique, associative etc...).
- En proposant l'ETP dès que le patient est prêt, il est envisageable de limiter les répétitions d'arrêt de travail, de limiter les recours aux consultations, hospitalisations, les rechutes en limitant les frais de santé.
- Apprentissage à vivre avec la douleur.
- Participation de « patients-experts » permettant le partage positif d'expériences. Les patients sont demandeurs de cette approche.
- Reconnaissance de pairs: « *je ne suis pas seul* ».
- Travail sur l'estime de soi, la confiance en soi.

- **Pour les soignants :**

- Travail « en réseau » entre professionnels sur un territoire (ville et hôpital) en harmonisant les discours, structurant un accompagnement collaboratif des patients optimisant leur prise en charge.
- Utilisation de techniques pédagogiques innovantes permettant une approche différente des patients et une complémentarité d'offre à celles existantes.

Risques

- Proposer tardivement l'ETP : les programmes peuvent être proposés tôt, en prenant en compte la motivation du patient.
- Manquer de coordination des acteurs de santé sur le territoire pour développer l'offre en ETP vers la ville. (Baisse de l'offre ou de son accès, en dehors des secteurs « spécialisés »).
- Créer un cadre organisationnel rigide, en mettant au centre des objectifs la réponse à des indicateurs d'évaluation et non la posture éducative.
- Ne pas communiquer sur l'offre d'ETP (auprès des patients, aidants, professionnels de santé...) et créer une méconnaissance de l'offre, des représentations négatives de l'offre et/ou défaut d'accessibilité alors que les besoins existent.

Propositions

- Allouer des lignes budgétaires pour compenser le temps consacré à l'ETP.
- Créer un groupe de travail national sur l'ETP en douleur chronique (recensement, aide à la mise en place et évaluation des programmes, ...).
- Intégrer les « patients experts » de l'élaboration à l'animation, la coordination et l'évaluation des programmes en définissant leur place (formation, sélection, définition de leurs missions, indemnisation).
- Simplifier les démarches administratives de reconnaissance des programmes.
- « Partager et collaborer » : sur le plan local, régional, national, entre soignants et patients, associations, partager des outils et programmes existants (plateforme numérique), messagerie sécurisée entre professionnels et avec les patients permettant d'accéder aux données partagées nécessaires à un accompagnement de qualité et d'avoir une réactivité intéressante si besoin.

Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques

Avenir de la recherche en douleur chronique

Dr Didier BOUHASSIRA

Hôpital Ambroise Paré, Inserm U987, Boulogne-Billancourt

Malgré des progrès indéniables concernant tant le diagnostic que l'évaluation des différents types de douleurs chroniques, leur prise en charge thérapeutique constitue toujours un défi majeur dans la mesure où moins de 50 % des patients sont soulagés de façon satisfaisante avec les différents traitements disponibles aujourd'hui.

Les principales approches envisagées pour relever ce défi s'appuient sur la mise au point de nouveaux traitements médicamenteux ou non médicamenteux, ainsi que sur une meilleure définition des indications thérapeutiques prenant en compte l'hétérogénéité des syndromes douloureux pour proposer à chaque patient une prise en charge véritablement individualisée.

1. Quels nouveaux médicaments pour les douleurs chroniques ?

Des traitements émergents ont fait la preuve de leur efficacité et certains d'entre eux sont d'ores et déjà disponibles dans certains pays.

Le tapentadol (disponible dans plusieurs pays européens, mais pas encore en France) est une molécule originale possédant des propriétés opiacées et inhibitrices de la recapture des monoamines², qui a dans plusieurs pays une indication pour des douleurs d'intensité modérée à sévère, incluant les douleurs neuropathiques.

Des agonistes des récepteurs cannabinoïdes, dont le rôle dans les processus nociceptifs a été bien démontré, ont fait l'objet d'études positives dans le traitement de la douleur neuropathique et de la spasticité liées à la sclérose en plaques, et sont d'ores et déjà disponibles au Canada et en Grande-Bretagne sous forme d'une association de delta-9-tétrahydrocannabinol et de cannabidiol administrée par voie transmuqueuse³, mais pas encore en France.

On peut également mentionner ici la toxine botulinique de type A, utilisée de longue date pour le traitement de la dystonie et de la spasticité focale, qui possède également des effets analgésiques de très longue durée (au moins 3 mois), indépendants de son action sur la contraction musculaire, après administration sous-cutanée chez les patients souffrant de douleurs neuropathiques périphériques focales.^{4,5}

L'analyse approfondie des mécanismes cellulaires et moléculaires conduisant à l'hyperexcitabilité des fibres de la douleur (nocicepteurs), au cours des processus inflammatoires ou après une lésion nerveuse, a permis d'identifier de multiples cibles potentielles. Parmi les molécules dont le développement clinique est le plus avancé, on peut citer : les antagonistes des récepteurs de la bradykinine, les antagonistes des récepteurs P2X3 de l'ATP ou encore les inhibiteurs de la neurotrophine « Nerve Growth Factor » (NGF), qui ont déjà fait l'objet d'études positives de phase III dans le traitement des douleurs de l'arthrose. D'autres pistes intéressantes concernent les antagonistes de diverses cytokines proinflammatoires, les inhibiteurs des récepteurs de la famille TRP (« transient receptor potential »), dont le récepteur de la capsaïcine (TRPV1), ou encore les inhi-

biteurs des récepteurs ASIC (« Acid Sensing Ionic Channel ») des protons.

D'autres molécules ciblant les canaux ioniques (sodiques, potassiques ou calciques) pourraient permettre d'agir directement sur les mécanismes générateurs et la transmission des signaux nociceptifs. Beaucoup de travaux concernent les antagonistes sélectifs de certains sous-types de canaux sodiques (Nav1.7, Nav1.8 et Nav1.9). A l'inverse des anesthésiques locaux (qui sont des bloqueurs non sélectifs des canaux sodiques), ces nouvelles molécules pourraient être administrées également par voie systémique⁵.

Les mécanismes de la sensibilisation centrale (hyperexcitabilité durable des neurones nociceptifs centraux), qui jouent un rôle capital dans la pérennisation de la douleur, ont eux aussi fait l'objet de multiples travaux qui ont conduit à l'identification de nombreuses cibles pharmacologiques originales. Beaucoup d'espoirs sont fondés, notamment sur divers antagonistes des récepteurs du glutamate, des agonistes GABAergiques, des agonistes nicotiques ou encore des inhibiteurs des récepteurs aux chimiokines, qui permettraient de réduire l'activation microgliale, dont on a bien démontré aujourd'hui le rôle majeur dans le développement et le maintien de la sensibilisation centrale⁷.

2. Les nouveaux traitements non pharmacologiques

La place des diverses techniques de neuromodulation (stimulations électriques médullaires ou corticales par voie implantée) dans la prise en charge des douleurs neuropathiques rebelles devrait continuer à s'accroître, grâce, notamment, à des développements techniques qui permettront de réduire encore le risque opératoire et d'améliorer la fiabilité des différents dispositifs disponibles aujourd'hui. Outre ces techniques qui restent relativement invasives, deux nouvelles méthodes de stimulations cérébrales non invasives : la stimulation magnétique transcrânienne répétitive et la stimulation électrique directe par voie transcrânienne, devraient connaître, elles aussi, un développement important.

D'abord utilisée dans le domaine de la recherche en neuroscience, puis comme moyen d'exploration fonctionnelle du système moteur, les applications cliniques de la stimulation magnétique transcrânienne ont été envisagées dès les années 1980. Outre le traitement de la dépression, qui est d'ores et déjà reconnu dans plusieurs pays dont les USA, de nombreuses études indiquent que le traitement des douleurs pourrait constituer une nouvelle application majeure de ce type d'approche⁹. A l'instar des stimulations électriques implantées, les stimulations non invasives (magnétiques ou électriques) transcrâniennes du cortex moteur primaire ont des effets analgésiques chez des patients souffrant de douleurs neuropathiques périphériques ou centrales, d'un syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie) ou encore de douleurs diffuses liées à une fibromyalgie. De façon intéressante il a été montré, au moins pour la fibromyalgie, que les effets antalgiques des stimulations magnétiques transcrâniennes pouvaient être maintenus sur de longues périodes en utilisant des stimulations mensuelles¹⁰.

3. Vers une meilleure individualisation de la prise en charge des douleurs chroniques

Il ressort des travaux les plus récents que les douleurs chroniques sont sous-tendues par de nombreux mécanismes physiopathologiques, qui reflètent vraisemblablement la très grande hétérogénéité des syndromes cliniques.

En conséquence, il est peu vraisemblable que les molécules en développement, dont les cibles sont en général très spécifiques, soient efficaces sur l'ensemble des patients.

Aussi, le principal défi auquel sont confrontés les cliniciens aujourd'hui est-il de développer et valider de nouveaux outils permettant d'identifier les répondeurs potentiels à ces nouveaux traitements. Plusieurs stratégies sont envisagées, mais une des plus simples s'appuie directement sur la sémiologie. Il est possible, en effet, d'identifier différents sous-groupes de douleurs neuropathiques en s'appuyant uniquement sur les mots utilisés par les patients pour décrire leurs douleurs (brûlures, décharges électriques, douleur aggravée par le froid ou le frottement, etc...) ¹¹. Ces sous-groupes de patients, susceptibles de répondre de façon différentielle aux traitements, peuvent être aisément identifiés au moyen de questionnaires très simples ¹² qui peuvent être utilisés tant en recherche clinique qu'en pratique quotidienne.

Avenir de la recherche en douleur chronique

Conclusions

La médecine de la douleur a connu une évolution remarquable au cours des deux dernières décennies. Le dynamisme de la recherche, tant expérimentale que clinique, dans ce domaine devrait déboucher sur le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques. L'accroissement de l'arsenal thérapeutique nécessitera une plus grande précision et expertise des praticiens dans l'évaluation des différents syndromes douloureux de façon à véritablement individualiser la prise en charge de chaque patient.

Références

1. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008; 136: 380-7
2. Wade WE, Spruill WJ. Tapentadol hydrochloride: a centrally acting oral analgesic. *Clin Ther*. 2009; 31: 2804-18.
3. Lynch ME, Campbell F. Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain; a systematic review of randomized trials. *Br J Clin Pharmacol*. 2011; 72: 735-44.
4. Ranoux D, Attal N, Morain F, Bouhassira D. Botulinum toxin type A induces direct analgesic effects in chronic neuropathic pain. *Ann Neurol*. 2008; 64(3):274-83.
5. Dib-Hajj SD, Cummins TR, Black JA, Waxman SG. Sodium channels in normal and pathological pain. *Annu Rev Neurosci*. 2010; 33: 325-47.
6. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011; 152: S2-15.
7. Tsuda M, Beggs S, Salter MW, Inoue K. Microglia and intractable chronic pain. *Glia*. 2013; 61(1):55-61.
8. Nguyen JP, Nizard J, Keravel Y, Lefaucheur JP. Invasive brain stimulation for the treatment of neuropathic pain. *Nat Rev Neurol*. 2011; 7: 699-709
9. Lefaucheur JP, Antal A, Ahdab R, Ciampi de Andrade D, Fregni F, Khedr EM, Nitsche M, Paulus W. The use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) and transcranial direct current stimulation (tDCS) to relieve pain. *Brain Stimul*. 2008; 1(4):337-44.

10. Mhalla A, Baudic S, Ciampi de Andrade D, et al. Long-term maintenance of the analgesic effects of transcranial magnetic stimulation in fibromyalgia. *Pain*. 2011; 152(7):1478-85.
11. Bouhassira D, Attal N. Diagnosis and assessment of neuropathic pain: the saga of clinical tools. *Pain*. 2011; 152(3 Suppl): S74-83.
12. Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, Alchaar H, Gautron M, Masquelier E, Rostaing S, Lanteri-Minet M, Collin E, Grisart J, Boureau F. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain*. 2004; 108(3):248-57.

E-santé et Douleur

Optimiser le parcours de soins du patient douloureux chronique en développant la e-santé

Pr Alain ESCHALIER¹, Alice CORTEVAL², Pr Nicolas AUTHIER³

^{1,2}Institut Analgesia, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand, ³ Service de Pharmacologie Médicale / CETD - UMR INSERM 1107 CHU / Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand

Pour tenter d'améliorer le parcours de soins des patients souffrant de douleur chronique, il est aujourd'hui indispensable d'évaluer toutes les composantes de la douleur, ainsi que ses répercussions psychosociales. Et cette évaluation doit pouvoir se faire en vie réelle, parce que les consultations en structure douleur chronique (SDC) sont parfois espacées de plusieurs mois (biais de mémorisation) et que les généralistes restent en première ligne dans le suivi de ces patients.

Un nouveau paradigme pour l'évaluation, la gestion de la douleur et l'innovation thérapeutique est donc urgemment souhaité. Or, on observe un développement exponentiel des usages mobiles jusque dans les tranches d'âge « senior », un déploiement quasi-quotidien de nouvelles solutions e-santé pour les maladies chroniques et un intérêt croissant des agences de santé et des organismes payeurs pour de telles solutions. Par ailleurs, des publications récentes (*Dear et al. 2016, Gogovar et al. 2017, McGuire et al. 2017*) pointent l'absence de solutions adaptées à un suivi en vie réelle et soulignent la nécessité de développer des programmes e-santé pour les patients atteints de douleur chronique. Aussi, il apparaît nécessaire de lancer un programme national e-santé innovant pour l'évaluation multidimensionnelle et la gestion de la douleur chronique.

Ce programme devra aboutir au développement d'un outil d'accompagnement des soignants et des patients qui apportera :

- un bénéfice individuel pour le patient, lié à la dimension thérapeutique intrinsèque de l'outil qui permettra, grâce à des tableaux de bord détaillés, (i) de rendre le patient acteur de sa prise en charge, (ii) d'améliorer la relation patient/soignant et (iii) de favoriser l'interdisciplinarité entre SDC et soins primaires ;
- un bénéfice collectif pour la prise en charge de la douleur chronique ; les big data qui seront générées par l'utilisation de l'outil permettront une connaissance plus fine de la douleur chronique basée sur une séméiologie intégrant de nouveaux paramètres subjectifs et objectifs, d'évaluer l'efficacité des thérapeutiques en vie réelle.

E-santé et Douleur

Propositions

Pour optimiser le développement d'un programme innovant de e-santé dans la douleur chronique, plusieurs actions sont proposées :

1. la **création d'un groupe de travail e-santé national**, qui réunira les professionnels de santé et les usagers qui souhaitent s'investir dans la construction de l'outil et qui sont prêts à s'engager dans un programme de test et de développement de l'outil ;
2. le **développement d'une plateforme et de ses interfaces web et mobile**, qui permettent le recueil de données et l'accompagnement des patients ;
3. la **création d'une e-cohorte douleur chronique**, qui ouvrira de nombreuses perspectives pour la recherche sur la douleur, et notamment pour l'identification de sous-groupes de patients répondeurs aux traitements.

Référence

Dear BF, Gandy M, Karin E, Ricciardi T, Langman N, Staples LG, Fogliati VJ, Sharpe L, McLellan LF, Titov N. The Pain Course: exploring predictors of clinical response to an Internet-delivered pain management program. *Pain*. 2016 Oct;157(10):2257-68.

Gogovor A, Visca R, Auger C, Bouvrette-Leblanc L, Symeonidis I, Poissant L, Ware MA, Shir Y, Viens N, Ahmed S. Informing the development of an Internet-based chronic pain self-management program. *Int J Med Inform*. 2017 Jan;97:109-119.

McGuire BE, Henderson EM, McGrath PJ. Translating e-pain research into patient care. *Pain*. 2017 Feb;158(2):190-193.



Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

Partie 5

Structures de la Douleur Chronique

Des soins de qualité, de proximité, pour tous les usagers

Dr Virginie PIANO

Centre hospitalier de la Dracénie, médecine interne, Draguignan

1. L'état des lieux

La Structure de prise en charge de la Douleur Chronique (SDC) a été créée en 2001. Tout d'abord distinguée en consultation, unité et centre, il existe désormais deux niveaux de labellisation : la consultation et le centre. Entre 2001 et 2017, le nombre de SDC est passé de 96 à 245 SDC incluant 96 centres (39 %) et 149 consultations (61%).¹ La file active de patients vus en consultation externe par an est en moyenne de 947. Le délai d'attente moyen est de 13 semaines. Environ 80 % des structures ont un hôpital de jour et 70 % ont accès à une hospitalisation complète. Les consultations sont effectuées par les médecins, les infirmiers et les psychologues et d'autres soignants. Quelques chiffres clés :

- 19 % des structures (26 % des centres et 14 % des consultations) déclarent rencontrer des difficultés à financer l'acquisition de certains outils diagnostiques.
- 28 % des structures signalent des difficultés dans la prescription de certaines thérapeutiques (35 % des centres et 23 % des consultations).
- 70 % des 77 structures ayant répondu à l'enquête « vos difficultés en 2015 » prévoient des difficultés de fonctionnement dans les 3 ans à venir. Parmi les autres difficultés signalées, on note la mutualisation des postes infirmiers, facteur nuisant à la qualité de la prise en charge de la douleur chronique.

2. Une consultation de proximité

Parmi les patients souffrant de douleur chronique, un tiers sont des personnes âgées, ne pouvant pas toujours se déplacer ou personnes avec un handicap important. Le maillage soutenu des SDC a permis une consultation de proximité pour tous les français, afin de permettre à chaque citoyen de bénéficier de soins de la douleur. Malheureusement, le départ à la retraite de la moitié des effectifs dans les prochaines années, la diminution drastique des infirmiers et des psychologues dans les SDC, ainsi que des secrétaires, menacent la pérennité de ce fonctionnement. La distance géographique entre les patients et la SDC augmente, les consultations ferment et les patients se retrouvent sans suivi. Ce changement induit un phénomène de médecine à deux vitesses (une disponible : dans les grands centres, dans les grandes villes, pour ceux qui ont les moyens de se déplacer et une absente : dans les zones plus reculées, les petites villes, pour les personnes ne pouvant se déplacer). Pour consulter la carte des SDC labellisées :

<http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/>

¹ Livre blanc des structures douleur, SFETD, 2015

3. Une consultation égalitaire

Tout citoyen en France peut bénéficier de soins spécifiques et de techniques avancées pour soulager sa douleur chronique. Il s'agit d'une prise en charge majoritairement dans le secteur public et permet l'accès aux techniques les plus innovantes si nécessaire : stimulation corticale, neuro-modulation, hospitalisations de jour, pompes intrathécales, etc... Tout citoyen peut bénéficier des derniers traitements disponibles via la recherche clinique : la France a produit beaucoup d'essais cliniques pour évaluer l'intérêt de nouveaux traitements. Enfin, les SDC ont participé à la rédaction des recommandations et notamment aux recommandations de la HAS portant sur la prise en charge dans les SDC. Elles ont permis de standardiser la consultation « douleur chronique » sur l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge permettant des soins avec la qualité la plus optimale, selon les références scientifiques les plus récentes et la plus efficiente.

4. Un observatoire national pour des données épidémiologiques de précision

Il existe l'observatoire national des céphalées et des migraines, tenu par les médecins de la Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées, permettant de réaliser des études épidémiologiques de qualité dans les SDC. D'autre part, les SDC ont aussi participé aux grandes enquêtes épidémiologiques : STOPNET sur les douleurs neuropathiques chroniques, étude de la HAS sur le syndrome douloureux chronique.

Structures de la Douleur en France

Points forts

- Une organisation de proximité, avec plusieurs niveaux de compétences, pour tous les patients
- Un fonctionnement globalement standardisé dans les SDC pour optimiser la prise en charge

Risques

- Menace de la pérennité des structures et recul de la qualité de prise en charge
- Augmentation de la part de financement par les patients

Propositions

- Donner les moyens humains en permettant de former les infirmiers, les psychologues, les médecins et autres soignants à la douleur chronique et de remplacer les personnels qui vont partir à la retraite
- Reconnaître la discipline « douleur » comme spécialité pour attirer les nouvelles générations d'étudiants
- Donner les moyens financiers pour faire vivre les consultations et les centres existants
- Donner l'accès aux patients les plus isolés à la consultation en renforçant le lien avec la SDC

Structures de la Douleur Chronique :

L'organisation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire

Véronique BARFETY-SERVIGNAT¹, Dr Anne BÉRA-LOUVILLE²

¹ CHU, Consultation douleur et rhumatologie, Lille,

² Hôpital Roger Salengro, Clinique Rhumatologique – CETD, Lille

La prise en charge d'un patient douloureux chronique doit être une prise en charge globale concernant les éléments bio-psycho-sociaux impactés par la douleur chronique.

La Haute Autorité de Santé, HAS, énonce « qu'afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques, une meilleure coordination des professionnels entre eux devient un objectif majeur, sans renoncer aux exigences prioritaires des bonnes pratiques. Cette approche constitue un pré-requis pour la qualité et l'efficacité des soins, en ayant recours au bon moment à chaque compétence professionnelle médicale, soignante et sociale, réduisant ce faisant des dépenses mal orientés ou inadéquates. » (1) L'évaluation pluriprofessionnelle et la concertation entre professionnels permet de proposer des objectifs cohérents de prise en charge au douloureux chronique de manière à éviter des propositions de soins qui s'empilent sans projet thérapeutique et sans réussite.

1. Les textes

Régi par les textes de l'HAS et de la DGOS (2,3) dont la circulaire de labellisation des structures de douleur chroniques est réactualisée tous les 5 ans, le cahier des charges imposé à l'ensemble des Structures de Douleur Chronique (SDC) donne un cadre de fonctionnement (2,3) :

- Une équipe pluriprofessionnelle, minimum : médecin, infirmier, psychologue.
- La collaboration avec les soignants habituels du patient est requise (médecin traitant, médecins spécialistes, médecin du travail, kinésithérapeute, psychologue etc.)
- Une réunion de synthèse est nécessaire pour l'établissement du projet thérapeutique

En 2015, le livre blanc des structures douleur précise (4) :

Les structures d'évaluation et traitement de la douleur chronique doivent assurer une prise en charge **pluri-professionnelle** de proximité. Ces missions cliniques sont multiples : en particulier mettre en œuvre en son sein une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée après une réunion de synthèse, si la situation du patient le nécessite ; établir des liens avec l'environnement socio professionnel, associatif et médical du patient (dont son médecin traitant) pour assurer un parcours de soin de qualité

Le financement d'équipes pluridisciplinaires et pluri-professionnelles au sein d'un même site, la compétence préalable des professionnels de soins dans le domaine de la douleur chronique, (capacité, DIU), la prise en compte du temps de consultation nécessaire à l'évaluation du patient, la mise en place des axes de soins et leur coordination, la possibilité d'accueillir les patients dans un lieu dédié (programmes de soins, lits d'hospitalisation) sont les facteurs nécessaires à l'efficacité des SDC.

2. Intérêts de la prise en charge pluridisciplinaires/pluriprofessionnelle dans la douleur

L'équipe pluridisciplinaire renvoie à la notion d'un même groupe professionnel où les individus d'expertises ou de disciplines ont des compétences différentes et complémentaires avec leurs aspects techniques spécifiques. L'équipe est pluriprofessionnelle lorsqu'elle réunit des professionnels de métiers différents autour d'un même travail ou d'un projet. (5)

Ce fonctionnement en équipe pluriprofessionnelle est déterminant car les parcours de santé des patients douloureux chroniques sont régulièrement des modèles d'échec en matière de partages d'informations et de concertations entre les différents acteurs du soin (5). Ces dysfonctionnements fréquents peuvent être iatrogènes et participer à la chronicisation. La compréhension et la prise en charge du patient douloureux chronique requièrent de développer des compétences diverses afin d'appréhender l'expérience de la maladie chronique et de comprendre le patient.

La prise en charge est plus large que celle du symptôme qui est souvent l'expression limitée d'un phénomène bio-psycho-socio-professionnel. Repérer les situations difficiles et complexes fait appel forcément à la pluriprofessionnalité et sous entend que l'apprentissage de travailler ensemble est acquis. En effet, la résultante des compétences liées à l'expérience et à la technicité de chacun permet d'améliorer le soulagement du patient douloureux.

3. Modalités organisationnelles : évaluation, RSP, RCP, staff EPP, réseaux, ville

Tous les professionnels, médecin somaticien, infirmier, psychologue, sont concernés par les étapes d'évaluation, d'orientation et de traitement du douloureux chronique (6) afin d'aborder les éléments d'évaluation de façon distincte mais globale et d'en tirer surtout des conclusions partagées. (5)

La réunion de synthèse pluriprofessionnelle RSP nécessite un recueil de données, un raisonnement clinique et implique des choix et des priorités pour proposer un projet thérapeutique. C'est un travail essentiel issu de l'évaluation pluriprofessionnelle et une réflexion indispensable dans la prise en charge du patient.

Les réunions de concertation pluridisciplinaire RCP regroupent des professionnels de santé internes et externes à l'équipe douleur dont les compétences sont nécessaires pour proposer la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment. Elles sont réservées au cas les plus complexes (patient non présent) et permet une révision du projet thérapeutique. (5)

Le Staff EPP réunit un groupe de professionnels pour analyser les situations cliniques rencontrées dans la pratique. Il se réalise en équipe où chacun apporte sa spécificité et il a surtout valeur d'amélioration de pratiques en mutualisant les connaissances.

Concertation avec les acteurs de soins libéraux :

L'évaluation et le projet thérapeutique est établi avec le patient. Les acteurs des soins libéraux (médecin traitant, infirmier, psychologue, médecin spécialiste, kinésithérapeute) doivent, bien sur, être informés des objectifs du projet thérapeutique avec l'accord du patient. Ces échanges favorisent la prise en charge, la cohérence du discours entre la ville et l'hôpital.

Conclusion

Les SDC doivent avoir une organisation et un fonctionnement pluriprofessionnel : cela est indispensable pour intégrer l'ensemble des facteurs somatiques, psychologiques et sociaux et pour proposer des thérapies multimodales combinant techniques médicales et chirurgicales, médicamenteuses, réadaptatives, psychologiques et psychocorporelles en obtenant l'adhésion du patient au projet thérapeutique. C'est d'emblée un atout qu'il s'agit de ne pas perdre ni de laisser se décomposer au risque d'une prise en charge à la pensée unique ou de discordance entre divers experts ne prenant forcément pas en compte la complexité de la douleur chronique. Il faut veiller à une structuration du travail et à un processus continu d'échanges et de validation.

Structures de douleur chronique : l'organisation en France

Points forts

- La labellisation pose d'emblée la pluriprofessionnalité et la pluridisciplinarité pour l'évaluation et la prise en charge des douleurs chroniques.
- Elle intègre la complexité de la clinique de la douleur

Risques

- Prise en charge par un seul professionnel qui ne répond pas à la complexité
- Prise en charge en mosaïques sans concertation

Propositions

- Soutenir et favoriser les staff/RSP et RCP en dédiant du temps spécifique
- Défendre et financer la prestation en l'absence du patient qui est déterminante pour la continuité des soins

Bibliographie :

1. Haute Autorité de santé (2016) Les parcours de santé. <http://WWW.service-public.gov.Volumes/EN%20COURS/Articles%20%D%20et%20A/Concert/Parcours%20de%20santé>
2. HAS (2009) Recommandations professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
3. Instruction N°DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'identification et au cahier des charges 2016 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/05/cir_40951.pdf
4. SFETD (2015) Livre Blanc Structures douleur en France - Prise en charge de la Douleur Chronique en France en 2014-2015 <http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Livres/livreblanc-30nov2015.pdf>
5. Gillet D et coll. (2016) La concertation pluriprofessionnelle au service du parcours de santé du patient douloureux chronique, Douleurs et Analgésie, 29 : 158-162
6. SFETD (2013) La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/cahier_sfetd_n1_-_mars_2013.pdf

Structures de la Douleur Chronique :

Les délais d'attente en consultation de la douleur

Pr Serge PERROT

Hôpital Cochin-Hôtel Dieu, CETD, Paris

Les délais d'attente dans un grand nombre de consultations spécialisées représentent un véritable problème d'accès aux soins en France et dans le monde. Les structures de la douleur, en nombre limité dans de très nombreux pays, sont un exemple de structure où les délais d'attente sont très longs voire parfois totalement inacceptables.

1. Une forte demande pour les structures « douleur »

En France, les 260 structures de la douleur (Centres ou consultations) accueillent chaque année environ 400 000 patients. Malgré tout, eu égard au nombre total de patient douloureux chroniques qui se situerait aux alentours de 8 millions de personnes, ces structures ne permettent donc pas d'accueillir tous ces patients. Ainsi, la demande est forte, les besoins non couverts importants et l'on trouve des délais d'attente importants, entre 2 et 12 mois selon les structures.

2. Les délais en pratique

Une enquête transversale réalisée par la HAS en 2008 pour l'établissement des documents de la HAS a permis de donner les éléments suivants : le délai pour l'obtention d'un rendez-vous dans une structure spécialisée est inférieur ou égal à un mois pour 56 % des patients et supérieur ou égal à 3 mois pour 21 % des patients.

Selon les données du ministère de la santé, en 2013, le délai d'attente était de 13 semaines en moyenne.

Le délai d'obtention d'un rendez-vous varie selon les caractéristiques du patient. Il sera d'autant plus court que l'âge du patient est élevé, plus court pour les hommes que pour les femmes, pour une durée d'évolution longue de la douleur, pour des pathologies graves. Par exemple, les patients souffrant d'une douleur cancéreuse, quel que soit l'endroit de la douleur, obtiennent dans la majorité des cas un rendez-vous dans la semaine.

3. Une initiative en développement : le coupe-file de la douleur

Dans ce contexte une initiative appelée coupe-file de la douleur a été développée, avec un soutien de la Direction Générale de la Santé pour permettre son application, sa faisabilité dans les Centres de la Douleur en France. Il s'agit de développer une plate-forme électronique permettant directement l'inclusion des patients sur cette plate-forme avec des données concernant leur douleur, leurs comorbidités, les critères qui justifieraient un recours prioritaire en Centre de la Douleur.

Cette plateforme numérique (coupe-file de la douleur) est actuellement en évaluation pour savoir si elle permet de fluidifier le flux des patients et d'optimiser les délais d'attente, d'améliorer également les liens entre les médecins de premier recours et les médecins des Centres de la Douleur et surtout d'améliorer la satisfaction des patients.

L'Association Internationale pour l'étude de la douleur (l'IASP) a défini plusieurs pathologies devant justifier un recours urgent en Centre de la Douleur et le coupe file de la douleur visera à s'adapter à ces recommandations internationales.

Structures de la Douleur Chronique :

Financement des structures de la douleur chronique

Jean-Michel GAUTIER

CHRU, Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon, Montpellier

Le financement des établissements de santé repose sur le système de la Tarification A l'Activité (T2A). Ce financement concerne les activités de diagnostic de traitement et de soins par des tarifs nationaux.

Les SDC bénéficient d'une source de financement particulière dans le cadre de la dotation nationale attribuée aux Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Ces crédits ont vocation à couvrir les surcoûts de l'activité de consultation non financés dans le cadre des cotations classiques, compte tenu de son caractère pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnel et/ou long. Les recettes issues des activités de consultations externes (codées au titre de consultations externes médicales standard) sont donc à retrancher de cette dotation MIG (pour Missions d'Intérêt Général).

La MIG finance de plus les actions suivantes : les RCP, la formation et l'information, la mise en œuvre de traitements et techniques thérapeutiques « réadaptatives », ainsi que l'organisation d'une collaboration avec la médecine de ville et les autres établissements de santé, la participation aux activités de recueil épidémiologique, la coordination d'activités d'enseignement et de recherche.

Cette MIG comprend donc un financement socle et uniforme correspondant à une équipe de base (0.6 ETP de médecin et 1.5 ETP non médical, plus 13.3 % pour les charges indirectes). A partir de 2017, ce forfait de base est complété au prorata des files actives déclarées pour un total national de 61.1 M € (*Circulaire n°DGOS/R1/2017/164 du 9 mai 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé*).

Les activités concernant les patients hospitalisés et dédiées à la prise en charge des douleurs chroniques sont prises en compte par le GHS « douleur chronique » et celles dédiées aux douleurs aiguës (notamment les douleurs induites par les soins) sont incluses dans les tarifs des GHS au titre de la qualité des soins.

Les structures peuvent de plus percevoir un financement spécifique à des Missions d'Enseignement, de Recherche, de Recours et d'Innovation (MERRI) modulables et variables (sur projet de recherche notamment PHRC, PHRIP) dédiées aux activités d'enseignement et de recherche.

Montant des financements MIG alloués aux SDC en 2017*	
Auvergne-Rhône-Alpes	7 226 580 €
Bourgogne-Franche-Comté	2 531 380 €
Bretagne	2 835 970 €
Centre-Val de Loire	1 754 440 €
Corse	392 580 €
Grand Est	4 538 140 €
Hauts-de-France	6 410 620 €
Ile-de-France	9 770 540 €
Normandie	4 118 300 €
Nouvelle Aquitaine	4 999 090 €
Occitanie	6 152 840 €
Pays-de-la-Loire	3 900 250 €
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	4 309 250 €
France métropolitaine	58 939 980 €
Guadeloupe	237 700 €
Guyane	-
Martinique	224 300 €
Océan Indien	1 094 480 €
DOM	1 556 480 €
Total dotations régionales	60 496 460 €

*Source : Circulaire n°DGOS/R1/2017/164 du 9 mai 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé

Financement des SDC

Points forts

- Répartition des financements MIG sur le territoire français

Risques

- Non pérennité des financements MIG, disparition de financement MIGAC si diminution d'activité en dessous de 500 consultations médicales par an (départ en retraite de médecin, congés longue durée ...).
- Stabilité, voire diminution des dotations régionales : quel financement pour les nouvelles structures labellisées ?
- Manque de lisibilité de l'affectation totale des dotations MIG au sein des établissements

Propositions

- Valorisation des activités non médicales (infirmières, psychologues)
- Nouveau mode de financement sur un autre système de codage exclusif du nombre de consultations externes

Structures de la Douleur Chronique :

Identification (labellisation) des structures douleurs chroniques (SDC)

Dr Didier BOUHASSIRA

Hôpital Ambroise Paré, Inserm U987, Boulogne-Billancourt

Une nouvelle vague d'identification (labellisation) des structures douleurs chroniques (SDC) a eu lieu en janvier 2017 pour une durée de 5 ans.

Les grands principes du cahier des charges et des critères d'identification des SDC, publiés en 2011, sont restés en vigueur. Toutes les SDC doivent être rattachées à un établissement de santé public ou privé. Elles doivent être polyvalentes (c'est-à-dire être capables de traiter l'ensemble des patients selon une large palette de techniques), à l'exception de celles hébergées dans des établissements de santé déjà spécialisés (oncologie, rhumatologie, pédiatrie, gériatrie). Elles peuvent, de plus, posséder des expertises spécifiques (technicités disponibles, catégories de pathologies douloureuses) ou une orientation populationnelle particulière (pédiatrie) et être alors recensées en tant que telles, afin de participer à la définition de filières de prises en charge.

1. Rappel des critères généraux d'identification des SDC

1. Les SDC sont sous la responsabilité d'un médecin diplômé douleur (Capacité douleur ou DESC « médecine de la douleur et médecine palliative », orientation douleur).
2. Le temps médical cumulé d'une structure est d'au moins 5 demi-journées par semaine. Le médecin responsable assure au minimum 3 demi-journées par semaine dédiées à la globalité de son activité douleur chronique (c'est-à-dire soin, mais aussi coordination administrative, communication, enseignement et formation, recherche, etc...).
3. Pédiatrie : la formation de tout médecin responsable de la prise en charge de la douleur de l'enfant dans une structure, que celle-ci soit spécialisée en pédiatrie ou mixte (c'est-à-dire mutualisée avec une structure pour adultes ou avec une structure assurant les soins palliatifs pédiatriques). Voir ci-dessous les critères spécifiques.
4. Le temps cumulé minimal en personnels non médicaux (IDE + psychologue + secrétaire) est de 1,5 ETP. Une formation universitaire dans le domaine de la douleur est requise pour l'IDE, elle est souhaitée pour le psychologue. La traçabilité des actes infirmiers et des consultations de psychologue est assurée. La structure doit pouvoir faire appel aux compétences d'une assistante sociale, ou d'autres personnels paramédicaux.
5. L'activité de la structure est d'au moins 500 consultations externes par an. De plus la traçabilité des nouveaux patients et de la file active est assurée.
6. Il existe une permanence téléphonique du lundi au vendredi avec numéro d'appel dédié et plage d'appel identifiée.
7. La pratique des différents professionnels de la structure nécessite des locaux regroupés, l'unité de lieu est requise.

8. La structure est ouverte vers l'extérieur, ce qui inclut : l'information du médecin traitant et des professionnels correspondants libéraux ; la collaboration avec les associations de patients ; la coopération et le partage de compétences avec tous les professionnels de santé de proximité ou institutions, notamment HAD, SSIAD, EHPAD et secteur médico-social.
9. La structure est lisible au sein de son établissement d'appartenance. Les patients pris en charge au sein de l'établissement ont accès à la structure. La structure participe aux consultations internes, à la formation interne, à l'amélioration de la prise en charge des patients douloureux (avis, protocoles, indicateurs de qualité...).
10. La structure garantit une prise en charge pluriprofessionnelle aux patients, en se dotant au minimum d'un temps de médecin formé, d'IDE et de psychologue et/ou de psychiatre. Un temps de secrétariat dédié est nécessaire.
11. La structure doit pouvoir bénéficier d'avis spécialisés dans les disciplines suivantes : neurologie, rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, psychiatrie, pharmacologie. Ces avis peuvent être obtenus auprès de professionnels extérieurs à la structure, dans le cadre d'un partenariat formalisé. Ils doivent être tracés dans le dossier du patient.
12. Les professionnels de la structure élaborent un projet thérapeutique personnalisé grâce à une réunion de synthèse pluriprofessionnelle (a minima médecin + IDE + psychologue), formalisée et tracée dans le dossier du patient.
13. Les cas complexes sont présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire, organisée au sein de la structure ou mise en oeuvre par un Centre d'étude et de traitement de la douleur ou une organisation recensée par l'ARS, y compris en mettant en oeuvre des moyens de télé-médecine.

La répartition en deux niveaux de SDC : consultations et centres, établie en 2011, a été préservée. Les consultations sont des SDC aux missions simplifiées. Elles regroupent médecin, IDE, psychologue et assurent une prise en charge pluriprofessionnelle en lien avec l'offre de premier recours. Les centres assurent une prise en charge médicale pluridisciplinaire, sont dotés d'un accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation, et assurent en outre des missions d'enseignement et de recherche.

Pour cette nouvelle campagne d'identification, de nouveaux critères plus exigeants concernant la participation à l'enseignement et à la recherche ont été retenus par la DGOS en accord avec les professionnels pour les SDC de type « centre ». Ces nouveaux critères sont destinés à garantir l'existence d'une réelle plus-value des centres pour les prises en charge les plus complexes. Certaines SDC labellisées « centres » en 2011 ne répondaient pas au cahier des charges. Or, sur la base d'informations relayées par des associations de patients, il est apparu que l'offre de soins de certaines de ces SDC était insuffisante.

2. Nouveaux critères de distinction entre centres et consultations

Dorénavant les structures douleur chronique (SDC) de type « centre » devront, en plus des critères ci-dessus, répondre aux conditions cumulatives a et b suivantes :

- a. Réaliser au moins une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) par mois (il s'agit de réunions rassemblant au moins 3 médecins de spécialités différentes et destinées à examiner les situations les plus complexes y compris les cas adressés par des SDC tierces).

b. ET au moins une des deux conditions :

- Coordonner ou avoir la responsabilité pédagogique d'un diplôme universitaire clairement identifié « douleur » (DU, DIU, Capacité, DESC/FST, UE5).
- Réaliser une activité de recherche, formalisée par des publications référencées dans PubMed. Un minimum de 3 publications sur les 5 dernières années est requis.
Maillage : au moins une SDC de type « centre » est requise, par région.

3. Structures exclusivement pédiatriques

Le médecin responsable de cette SDC doit posséder la double valence proposée en critère 3 de l'annexe 3 de l'instruction de mai 2011 à savoir :

a. Valence douleur

- DESC médecine de la douleur et médecine palliative, ou
- Capacité d'évaluation et traitement de la douleur

b. ET valence pédiatrique

- DES de pédiatrie ou
- expérience en médecine de l'enfant et de l'adolescent d'au moins 3 ans temps plein, ou durée équivalente à temps partiel).

La SDC exclusivement pédiatrique réalise au moins une RCP par mois. Il est recommandé la mise en place de RCP pédiatriques régionales voire interrégionales, et de RCP mixtes (adulte-pédiatrique) notamment pour la transition des patients de la pédiatrie vers la médecine d'adulte.

Maillage : au moins une SDC exclusivement pédiatrique est requise, par région.

4. Autres prises en charge pédiatriques

Les structures adultes peuvent accueillir des enfants et adolescents en première intention. Il est souhaité que ce type de prise en charge soit assuré par des médecins ayant la double valence douleur et pédiatrie, telle que définie plus haut.

Il est recommandé que tout médecin possédant cette double valence puisse réaliser des permanences pédiatriques au sein de SDC adultes, en s'intégrant dans le contexte pluri-professionnel de cette SDC d'accueil.

5. Maillage territorial

Il ne sera pas financé au titre de la MIG de SDC polyvalente d'activité inférieure à 1 000 consultations médicales externes annuelles (soit moins de 400 patients en file active), lorsque celle-ci est située à moins d'une heure de transport d'une autre SDC polyvalente.

Il sera préféré et financé :

- Soit la mise en place de permanences avancées (accueillies au sein d'autres établissements de santé ou pôles ou centres de santé ou maisons de santé pluridisciplinaires) comme proposé dans l'instruction du 16/05/2011 citée supra ;
- Soit, en zone urbaine, la mutualisation des équipes existantes qui seront à regrouper au sein d'une SDC polyvalente unique répondant au cahier des charges et cumulant une activité supérieure à 1 000 consultations médicales externes annuelles (soit plus de 400 patients en file active).

Structures de la Douleur Chronique :

Fragilité des structures de la douleur chronique

Christine BERLEMONT¹, Séverine CONRADI²

¹Hôpital Bicêtre, CETD, Le Kremlin Bicêtre, ²Hôpital Central, CETD, Nancy

Les structures douleur chroniques reposent sur des socles forts^{1,2,3,4}. Malgré tout, elles n'en demeurent pas moins fragiles, cette fragilité pouvant aller parfois jusqu'à l'arrêt de l'activité dédiée. La SFETD est régulièrement sollicitée par ses membres sur le fonctionnement et le devenir des structures par des questions très diverses allant de la remise en cause des moyens ou locaux alloués à la structure à des questionnements plus spécifiques sur l'accès aux thérapeutiques.

En 2015, dans le cadre de la réalisation du Livre Blanc⁵ des structures douleur en France, l'enquête « Vos difficultés en 2015 » a permis de mettre en avant plusieurs difficultés. En effet, 70 % des structures répondantes prévoient des difficultés de fonctionnement d'ici 2 à 5 ans, traduisant ainsi l'inquiétude et la fragilisation de ces structures.

1. Inquiétudes financières

Les structures douleur bénéficient d'un financement MIGAC qui permet de financer les coûts liés aux activités de consultations spécialisées longues et pluri professionnelles. Avec une MIGAC allouée d'année en année, sans revalorisation, et des difficultés à faire valoir une activité complexe, pluriprofessionnelle, les structures ressentent une menace réelle. D'autant que les responsables de structures peuvent avoir un manque de visibilité du financement qui leur ait alloué : le rôle des ARS est de répartir les sommes allouées en fonction des structures ; l'établissement, puis le pôle se doivent de les allouer à la structure. Le financement est attaché à l'activité médicale externe uniquement et peut amener à embaucher plutôt des médecins que d'autres professionnels de santé.

2. Inquiétudes autour des activités spécifiques des structures

Parmi les activités spécifiques, les structures assurent une prise en charge au sein de leur établissement et ces consultations internes à l'établissement ne sont pas ou mal valorisées. De même, les consultations paramédicales et non médicales (psychologues) externes ne sont pas reconnues (absence de cotation) et donc non valorisées. Le poids de l'activité et la pérennité de la structure repose donc sur les épaules du (des) médecin(s) (par le nombre de consultations externes réalisées). Les bilans d'activités annuels demandés par les ARS étant différents dans leurs items, certains ne tiennent même aucun compte du nombre de consultations assurées par les paramédicaux et non médicaux.

L'activité qui concerne l'hôpital de jour inquiète aussi les structures et les récentes annonces gouvernementales continuent d'alimenter ces inquiétudes.

L'activité rattachée à l'établissement (gestion des CLUD, implication dans les certifications...) ne sont pas suffisamment reconnues, ni prises en compte par rapport au temps que cela nécessite.

3. Inquiétude autour du recrutement

Au niveau de la composition de l'équipe, le non-respect des postes dédiés est régulièrement souligné : nombreux soignants partagent leur temps sur plusieurs postes et les spécificités liées au poste ne sont pas toujours prises en compte (détenteur d'un DU douleur pour les infirmiers). Les personnels de santé motivés peuvent être amenés au risque d'épuisement par les non remplacements de poste ou de non recrutement suite au départ de l'un des leurs.

Par ailleurs, la pratique en structure douleur nécessite une formation spécifique pour tous les professionnels pour aller au-delà des connaissances spécifiques à sa profession. La crainte de postes non pourvus est aussi en lien avec l'enseignement (chapitre enseignement et douleur) : pas assez de médecins formés, départs en retraite nombreux et attractivité modérée du poste inquiètent tout autant que le financement.

Enfin, en terme de pratique, face au nombre de demandes de prise en charge et au décalage avec les moyens alloués, le délai d'attente de rendez-vous au sein des structures s'allonge et certaines structures peuvent être amenées à ne plus accueillir de nouveaux patients sur l'année en cours.

Enfin, il n'est pas rare pour les structures de devoir créer, adapter leur prise en charge, à moyens constants. Ainsi, l'éducation thérapeutique en douleur chronique, qui se retrouve inscrite au cœur de la pratique des structures, pourrait donner lieu à un développement et à une amélioration par le recours à des pratiques groupales, permettant ainsi une meilleure autonomisation des patients, mais, là aussi, l'absence de valorisation et le peu de programmes douleur chronique accepté par l'ARS peut décourager plus d'une structure douleur.

Fragilité des SDC en France

Points forts

- Cahier des charges des structures qui permet d'avoir un socle fort.
- Compétences et motivation des professionnels de santé qui composent les équipes des structures douleur.

Risques

- La non prise en compte de l'activité de l'ensemble de l'équipe par les ARS pourraient amener les responsables à garder les postes médicaux en priorité ou favoriser l'activité médicale pour maintenir un financement.
- Non remplacement lié à la difficulté liée au recrutement/ remplacement des personnels de santé et amenant la structure à cesser son activité.

Propositions

- Réfléchir à la prise en charge de la douleur dans le parcours de soin du patient et permettre de positionner les structures lors de ce parcours.
- Réfléchir sur un futur système de financement avec les instances.
- Avoir un rapport d'activité annuel quantitatif et aussi qualitatif.

Références

1. INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016.
2. HAS ; Douleur chronique : les aspects organisationnels Le point de vue des structures spécialisées Etats des lieux; avril 2009.
3. HAS ; Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient Consensus formalisé RECOMMANDATIONS, décembre 2008.
4. HAS, Prise en charge de la douleur chronique en ambulatoire chez l'adulte, 1999.
5. Livre Blanc Structures douleur en France Prise en charge de la Douleur Chronique en France en 2014-2015 Document élaboré par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD)

Structures de la Douleur Chronique :

Les SDC pédiatriques

Dr Justine AVEZ-COUTURIER

Hôpital Roger Salengro, Neuropédiatrie - Consultation douleur enfant, Lille

1. Points forts

Le développement des SDC pédiatriques a été promu par le **Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010**¹. Ce plan était articulé autour de quatre axes, dont ceux d'améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables, notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie et de structurer la filière de soins de la douleur. La dernière identification des Structures Douleur Chronique a permis de répertorier, région par région, les SDC ayant une activité strictement pédiatrique ou mixte, selon des **critères proposés par la commission pédiatrique de la SFETD et validés par la DGOS**². Pour les **structures exclusivement pédiatriques** : le médecin responsable de la SDC doit posséder une **double valence** à savoir, valence douleur (DESC ou Capacité) et valence pédiatrique (DES de pédiatrie ou expérience en médecine de l'enfant et de l'adolescent d'au moins 3 ans à temps plein, ou durée équivalente à temps partiel). Des réunions de type RCP spécifiques sont organisées. **Pour les structures mixtes**, la SDC doit compter au moins un médecin possédant la double valence. Les SDC pédiatriques respectent la même **pluri-professionnalité** que les SDC adulte. **Les structures destinées aux adultes peuvent accueillir des enfants et adolescents en première intention**, mais il est fortement souhaité que la prise en charge pédiatrique soit assurée par des médecins ayant une double valence.

Lors de la précédente identification en 2011, les critères permettant d'identifier les SDC ayant une activité pédiatrique étaient moins stricts. 38 SDC étaient labellisées pédiatrie, dont certaines voyaient très peu d'enfants. Au contraire, des structures pédiatriques récemment créées n'avaient pas été labellisées, des SDC mixtes n'avaient pas eu la labellisation pédiatrique. **Les résultats de la labellisation 2017 sont maintenant connus : 33 SDC sont labellisées « avec activité pédiatrique spécifique », dont 7 avec activité pédiatrique exclusive.**

1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITES. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. 3 mars 2006.

2 MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ. Instruction n° DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016. BO Santé – Prot Soc – Solidar. juillet 2016;(6):16.

2. Points faibles

Il persiste des disparités importantes dans l'organisation des SDC pédiatriques.

- **Disparités d'organisation** : il existe des SDC exclusivement pédiatriques, des structures mixtes recevant des adultes et des enfants avec des professionnels spécifiques à la pédiatrie, ou des SDC pédiatriques accolées à une Equipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques. Dans les cas de mutualisation avec une SDC pour adultes ou une ERRSPP, les moyens alloués à l'activité douleur chronique pédiatrique peuvent varier et sont généralement moindres que dans des SDC exclusivement pédiatriques.
- **Disparités territoriales** : dans certaines régions, une SDC pédiatrique ou mixte a été mise en place par département (dans les CHU) ; ce qui semble bien répondre aux besoins d'une consultation d'expertise pour les enfants douloureux chroniques. Ce n'est pas le cas dans toutes les régions et certains CHU n'ont pas d'activité douleur chronique pédiatrique identifiée. On peut souligner l'existence d'une seule SDC labellisée pédiatrique en région Centre-Val de Loire. **L'accès aux soins est très inégal dans le territoire français.** Par exemple, il existe 7 SDC labellisées pédiatriques en Ile de France et aucune en Martinique, Guadeloupe, Guyane ou Corse.

3. Menaces

L'avenir des SDC pédiatriques est menacé par la pyramide des âges des médecins (comme pour les SDC en général). Il y a peu de médecins formés à la double valence douleur et pédiatrie et leur renouvellement n'est pas assuré dans toutes les SDC labellisées. L'avenir de la formation universitaire Douleur est incertain.

4. Opportunités

Sur le plan de la formation, les responsables universitaires de pédiatrie ont accepté que le DES de Pédiatrie soit associé à une future Formation Spécifique Transversale Douleur pour permettre la formation de pédiatres spécialisés. Enfin, la perspective d'un nouveau Plan Douleur pourrait être l'opportunité de consolider et développer les SDC pédiatriques.

5. Propositions

Pour assurer un **accès aux soins optimal** aux enfants et adolescents douloureux chroniques **le maillage territorial** doit être renforcé par la création de consultations spécifiques dans les SDC ou la mise en place de consultations avancées. La **formation des professionnels** de la pédiatrie médecins, infirmiers ou psychologues doit être assuré par des formations spécifiques . Un **futur plan Douleur** pourrait répondre à ces propositions.

Structures de la Douleur Chronique :

Les SDC : Hôpitaux de jour

Pr Nadine ATTAL¹, Pr Valeria MARTINEZ²

¹Hôpital Ambroise Paré, CETD, Boulogne-Billancourt, ²Hôpital Raymond Poincaré, Anesthésie, Garches

En matière de prise en charge de la douleur, les hôpitaux de jour ont une double vocation : une vocation thérapeutique pour la mise en oeuvre d'actes d'analgésie nécessitant une surveillance particulière ; une vocation d'évaluation pluridisciplinaire de situations douloureuses complexes, associée à un traitement.

1. 1. Les hôpitaux de jour pour la réalisation d'actes d'analgésie

La plupart des hospitalisations de jour sont motivées par la réalisation d'actes d'analgésie nécessitant une surveillance particulière en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Plusieurs situations peuvent donner lieu à une hospitalisation de jour pour des patients douloureux chronique (hors situation palliative) : des perfusions d'analgésiques la réalisation de blocs d'analgésie loco-régionale à but diagnostique ou thérapeutique. Cependant, aucun de ces traitements, pourtant validés dans certaines indications, ne possède d'AMM spécifique dans le traitement de la douleur chronique en dehors de la pharmacothérapie intrathécale pour certains syndromes douloureux (voir chapitre traitement pharmacologique).

1. 1. Perfusions de xylocaïne et de kétamine intraveineuse

La lidocaïne est un anesthésique local bloqueur des canaux sodiques qui peut, sur la base d'essais cliniques contrôlés, être administré par voie intraveineuse. Ce traitement s'adresse exclusivement aux patients *adultes présentant une douleur chronique neuropathique périphérique ou centrale (EN ≥ 5/10) réfractaire aux traitements médicaux bien conduits. Ce traitement ne s'adresse pas à d'autres syndromes douloureux chroniques, en particulier la fibromyalgie.*

La kétamine est un traitement anesthésique possédant des propriétés bloquantes des récepteurs NMDA, qui peut, sur la base d'essais cliniques contrôlés, être administré par voie intraveineuse à doses infra-anesthésiques. Ce traitement s'adresse exclusivement aux patients *adultes présentant une douleur chronique rebelle, notamment neuropathique (EN ≥ 5/10) réfractaire aux traitements médicaux bien conduits.*

Procédure commune

La procédure comporte l'utilisation de la kétamine ou de la lidocaïne administrée par voie IV. Le patient est mis sous scope et doit être surveillé dans des SSPI ou dans des structures hospitalières disposant des conditions adéquates de surveillance pendant une heure après la fin de la perfusion. L'intensité douloureuse est évaluée avant le traitement, immédiatement après le traitement et au retour en salle d'HDJ sur une échelle numérique. Le patient peut sortir accompagné en l'absence d'effets indésirables.

1. 2. Techniques analgésiques locorégionales et douleur chronique

L'analgésie locorégionale est un ensemble de modalités thérapeutiques proposées dans certaines situations de douleur chronique. Ces situations recouvrent des champs divers (pathologies variées, localisations multiples). Ces techniques s'intègrent dans des algorithmes thérapeutiques (traitements médicamenteux, traitements non médicamenteux, chirurgie. . .) plus ou moins formalisés et validés selon les pathologies. Ces thérapeutiques analgésiques ont fait l'objet de recommandations francophones communes entre la société française d'anesthésie réanimation et la SFETD. Leur pratique en douleur chronique est très hétérogène selon les équipes, notamment en fonction des compétences présentes dans ce domaine (anesthésiste réanimateur). Leurs indications et bénéfices gagnent à être plus connus.

Les recommandations ont particulièrement mis en évidence l'intérêt de six techniques. Il s'agit du bloc du nerf grand occipital (ou nerf d'Arnold) en cas de céphalées cervicogéniques, du bloc stellaire pour le syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur, de l'analgésie locorégionale périphérique avec mise en place d'un cathéter pour la rééducation du syndrome douloureux régional complexe des membres du bloc coeliaque et hypogastrique dans les douleurs du pancréas et du petit bassin et des techniques d'administration intrathécale pour les douleurs sévères rebelles (voir aussi chapitre traitement pharmacologique).

Procédure

La procédure est différente selon les techniques, mais les points essentiels sont d'une part, la réalisation de l'acte par un anesthésiste et d'autre part, la réalisation du geste dans un environnement lui permettant de faire face aux complications éventuelles de la technique. C'est pourquoi, la même réglementation que celle qui s'applique à l'anesthésie doit être observée en terme de jeûne, de surveillance, de matériel à disposition, de sécurité et d'asepsie.

2. Hôpitaux de jour nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle

Plusieurs situations peuvent donner lieu à des hôpitaux de jour pour prise en charge pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle. Il s'agit des situations où le patient, outre un acte thérapeutique spécifique, doit bénéficier d'une surveillance clinique en HDJ, ainsi que d'une évaluation nécessitant les compétences d'une équipe pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle. Dans les trois situations qui suivent, outre la mise en route du traitement correspondant à un acte thérapeutique (cotation CCAM variable selon la procédure), une surveillance des risques est proposée, un acte d'évaluation de la douleur et de la qualité de vie (acte CCAM ZLQP003) avant le traitement, et un bilan psychologique (correspondant le plus souvent à l'acte CCAM ALQP00) est proposé au cours de l'hospitalisation de façon à mieux préciser le profil clinique et psychologique du patient. Dans certains cas est ajoutée une consultation par un spécialiste du sommeil. Enfin, dans un grand nombre de cas, l'hospitalisation répond à un besoin de surveillance des patients à risque, soit du fait de l'intensité douloureuse pouvant s'aggraver sous traitement (c'est le cas des patches de capsaïcine ou de la toxine botulinique qui peuvent être associées à une augmentation initiale de la douleur), soit du fait de comorbidités (hypertension artérielle nécessitant une surveillance rapprochée pour la capsaïcine).

2. 1. Application de patches de haute concentration de capsaïcine (8 %) (Qutenza®)

Qutenza® est un patch cutané qui contient de la capsaïcine (8 %), qui possède une AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques de l'adulte, et fait l'objet en France d'une dispensation hospitalière. Il s'agit un agoniste des récepteurs vanilloïdes (TRPV1, receptor potential vanilloid 1) sur les fibres nociceptives.

Procédure :

Le patch doit être appliqué par un médecin ou par un professionnel de santé formés à l'utilisation de ce traitement sous la supervision d'un médecin. La durée d'effet est d'environ 3 mois et le patient peut alors revenir pour une nouvelle application. Le patch est appliqué sur les régions cutanées les plus douloureuses. La région d'application peut être prétraitée par des traitements antalgiques de palier II ou III, de même que l'application de froid. Le patch doit être laissé en place pendant 30 minutes pour les pieds et 60 minutes pour d'autres endroits du corps. Le traitement peut provoquer une sensation de brûlure sur la peau. C'est pourquoi les professionnels de santé doivent porter des gants lors de l'application et du retrait du patch. Des poussées tensionnelles ont été observées et c'est pourquoi le traitement doit faire l'objet d'une surveillance tensionnelle.

2. 2. Injections de toxine botulinique de type A

La toxine botulinique de type A, une neurotoxine puissante couramment utilisée pour le traitement de la dystonie et de la spasticité focale, présente des effets analgésiques indépendants de son action musculaire et peut être utilisée en hôpital de jour pour deux types d'indication : la migraine chronique, et les douleurs neuropathiques périphériques localisées. Cependant, le traitement ne possède pas d'AMM dans ces indications en France (alors qu'il possède une AMM pour la migraine chronique dans d'autres pays Européens). Il s'agit donc d'un traitement de recours réservé aux patients réfractaires aux traitements plus conventionnels.

Procédure

Le traitement est en réserve hospitalière et ne peut être utilisé que par un spécialiste, notamment neurologue ou médecin de rééducation parfaitement formé aux techniques d'injection. Les injections sont réalisées en intramusculaire pour la migraine chronique et en sous-cutané pour la douleur neuropathique périphérique. Les effets indésirables les plus significatifs sont la douleur au cours de l'injection, qui peut nécessiter le recours à des traitements antalgiques comme l'EMLA® une heure avant l'injection et le mélange de protoxyde d'azote et oxygène 50/50 pendant les injections. La durée d'efficacité est d'environ 3 mois et le patient peut donc revenir au bout de cette période pour un nouveau traitement.

2. 3. Stimulation magnétique transcrânienne répétitive

Ces dernières années, la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) du cortex moteur, méthode de stimulation cérébrale non invasive et presque dénuée d'effets indésirables, a fait l'objet de plusieurs études confirmant son efficacité pour le traitement des douleurs chroniques neuropathiques ou dans la fibromyalgie réfractaires à court terme, mais aussi à long terme sur 6 mois. Cette technique est désormais proposée en soins courants par certains CETD, comme en psychiatrie, pour des patients douloureux chroniques réfractaires, soit : fibromyalgie ou douleur neuropathique chronique. Le protocole comporte 3 séances la première semaine, suivies d'une

séance par semaine pendant 3 semaines, puis une séance toutes les 3 semaines pendant 6 mois. La neuronavigation est conseillée, mais n'est pas impérative car la zone à stimuler (cortex moteur) peut être repérée par enregistrement électrophysiologique. Les paramètres de stimulation les plus habituels en analgésie sont de 80 % du seuil moteur avec une fréquence 10 Hz et 1500 à 3000 trains par séance. Les effets indésirables sont rares et incluent surtout des céphalées après la séance.

Procédure :

Une hospitalisation de jour pour la rTMS a été reconnue nécessaire pour la première séance et la 6^{ème} séance au cours du premier mois pour une évaluation pluri-professionnelle et pluridisciplinaire (sommeil, douleur, psychologique). Ce bilan est à nouveau réalisé au bout d'un mois pour juger de l'évolution de la douleur, de la qualité de vie, et des symptômes anxieux et dépressifs.

Défis posés par les hôpitaux de jour « Douleur »

Les HDJ en matière de prise en charge de la douleur se heurtent actuellement à plusieurs défis :

- La plupart des traitements utilisés en HDJ pour le traitement de la douleur n'ont pas d'AMM en analgésie.
- Les traitements utilisés par voie intraveineuse (kétamine, xylocaïne) ont fait l'objet d'essais cliniques le plus souvent de qualité modeste portant sur de faibles échantillons de patients. On constate de ce fait une hétérogénéité des pratiques d'utilisation de ces traitements en France. Ceci fait actuellement l'objet d'une enquête SFETD. D'autre part quelques essais thérapeutiques sont réalisés en France actuellement pour tenter de mieux préciser l'intérêt et la place de ces traitements dans les douleurs chroniques neuropathiques.
- De nombreuses structures de lutte contre la douleur ne possèdent pas d'HDJ ou n'ont pas d'accès à l'HDJ.
- De nombreuses structures de lutte contre la douleur n'ont pas de médecin anesthésiste susceptible de prescrire et surveiller les traitements analgésiques par voie intraveineuse ou locorégionale.

Références indicatives

Cruccu G, Garcia-Larrea L, Hansson P, Keindl M, Lefaucheur JP, Paulus W, Taylor R, Tronnier V, Truini A, Attal N. EAN guidelines on central neurostimulation therapy in chronic pain conditions. *Eur J Neurol*. 2016 ;23 :1489-99.

Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, Gilron I, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, Kamerman PR, Lund K, Moore A, Raja SR, Rice ASC, Rowbotham M, Sena E, Siddall P, Smith B, Wallace M. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: systematic review, meta-analysis and NeuPSIG recommendations. *Lancet Neurol* 2015;14 :162-73.

Maher DP, Chen L, Mao J. Intravenous Ketamine Infusions for Neuropathic Pain Management: A Promising Therapy in Need of Optimization. *Anesth Analg*. 2017 ;124: 661-674.

Martinez V, Attal N; Bouhassira D, Lanteri-Minet D Douleurs neuropathiques : diagnostic, évaluation, évaluation, traitement. Recommandations de la SFETD. *Neurologies* 2010.

Beloëil, H., Viel, E., Navez, M. L., Fletcher, D., & Peronnet, D. (2013, March). Techniques analgésiques locorégionales et douleur chronique Guidelines for regional anesthetic and analgesic techniques in the treatment of chronic pain syndromes. In *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* (Vol. 32, pp. 275-284).



Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

Partie 6

Les établissements de santé et la douleur

Les établissements de santé et la douleur :

Clud et Interclud (Comités de lutte contre la douleur)

Jean-Michel GAUTIER

CHRU, Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon, Montpellier

Conformément à l'article L.1112-4 du Code de la santé publique, il appartient à chaque établissement de santé de développer et mettre en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins des personnes quant à la prise en charge de leur douleur. Ainsi, il est préconisé l'instauration d'une instance pilote, considérée comme élément moteur pour susciter et animer une véritable « culture de lutte contre la douleur », sous forme de Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) ou démarche intégrée dans leur « structure qualité ».

Le CLUD (ou équivalent) est une instance de réflexion. Il est donc une force d'analyse, de propositions, de validation, de coordination et de communication. Il a pour mission, au sein de l'établissement de santé, d'aider à la définition d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur, ainsi qu'à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine.

Il n'a pas pour mission de prendre en charge directement la douleur, laquelle relève des structures de soins et des structures spécialisées de traitement de la douleur.

Le CLUD doit être pluriprofessionnel et pluridisciplinaire. Sa composition est représentative de l'ensemble des personnels soignants de l'établissement. Il est recommandé que la co-présidence soit assurée par un personnel médical et un personnel paramédical, nommés par la direction générale, le président de la Commission Médicale d'Etablissement et la direction des soins. La participation de ses membres est basée sur le volontariat et la motivation. Certains CLUD ont intégré des représentants des usagers.

Le CLUD est compétent pour :

- Contribuer à la détermination des objectifs et l'élaboration du programme d'actions de l'établissement en matière de prise en charge de la douleur. Ces objectifs et programme d'action sont intégrés à la démarche générale d'amélioration de la qualité de l'établissement, au projet d'établissement, projet médical et projet de soins ;
- Participer à la coordination de l'action des professionnels de l'établissement dans différents domaines (Rédaction des protocoles diagnostiques et thérapeutiques visant à lutter contre la douleur, Diffusion et mise en œuvre des recommandations de bonne pratique, Avis consultatif au sein de la Commission sur les Médicaments et Dispositifs Médicaux Stériles pour les médicaments et les projets d'acquisition de dispositifs médicaux et matériels nécessaires au traitement de la douleur) ;
- Participer à l'élaboration de programme d'information et de formation continue de l'ensemble des personnels de l'établissement sous forme de sessions de formation en collaboration avec les instituts de formation et écoles, les services de formation continue, ou bien sous forme de formations-actions ;

- Mettre en place ou participer aux audits, évaluations des pratiques professionnelles, enquête de satisfaction des patients ;
- Améliorer la qualité de l'évaluation de la douleur en organisant l'acquisition et la généralisation de l'utilisation des outils de mesure de l'intensité de la douleur, échelles comportementales ou diagnostiques, la formation des personnels à leur utilisation et la mention des résultats de l'évaluation dans les dossiers de soins (IPAQSS) ;
- Collaborer avec d'autres CLUD, afin de mutualiser les compétences et favoriser les échanges d'informations et d'expériences. Dans le cadre de la procédure de certification, un des objectifs du critère « prise en charge de la douleur » est d'inciter les établissements à s'inscrire dans des réseaux d'échanges pour améliorer la prise en charge de la douleur tout au long du parcours du patient (partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions). Cette collaboration peut prendre alors la forme d'un InterCLUD.

L'InterCLUD se définit comme une instance transversale, pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire qui suscite et conduit des réflexions collectives à l'échelle d'un territoire, d'une région, impulse des mesures nouvelles et potentialise les actions déjà entreprises par une mise en commun des compétences. La vocation d'un InterCLUD est de faciliter les échanges et d'organiser un travail en complémentarité, afin d'harmoniser les pratiques. L'InterCLUD s'inscrit dans un objectif d'amélioration de l'efficacité, la qualité et la sécurité du service rendu aux patients en matière de prise en charge de la douleur à tous les niveaux de leur parcours de soins, sur l'ensemble d'un territoire ou une région. Cette organisation doit répondre aux attentes et besoins des établissements de santé, médico-sociaux, publics et privés, et des professionnels de premier recours, en cohérence avec le projet régional de santé défini par les Agences Régionales de Santé.

CLUD (Comités de lutte contre la douleur)

Point forts

- CLUD = acteur clé de la prise en charge de la douleur en institution

Risques

- Le volontariat et le bénévolat (pas de financement dédié, pas de temps dédié)

Propositions

- Reconnaissance de temps institutionnel pour les équipes des CLUD (contractualisation avec les pôles d'activités des établissements ?)

Les établissements de santé et la douleur :

Formations internes en douleur

Jean-Michel GAUTIER

CHRU, Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon, Montpellier

Le Développement Professionnel Continu (DPC) a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences, ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour tout professionnel de santé, quel que soit son mode ou secteur d'activité. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques.

L'arrêté du 8 décembre 2015 fixe la prise en charge de la douleur comme une des orientations nationales du DPC des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018. L'organisation de formations internes constitue un élément essentiel pour assurer l'adhésion des personnels à la politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur menée par l'établissement de santé et la pérennité des actions engagées.

Les actions de formation continue de prise en charge de la douleur s'inscrivent dans le plan de formation de l'établissement de santé. A ce titre et pour renforcer la cohérence entre le programme de prise en charge de la douleur et les actions de formation, le CLUD est consulté par le service de formation sur les thèmes, contenus, modalités, ainsi que sur le choix des intervenants. Ces actions de formation doivent permettre d'acquérir des connaissances théoriques, mais aussi, et avant tout, susciter un changement de comportement de la part des professionnels.

Les connaissances acquises à l'issue de ces formations sont exploitées concrètement dans les unités de soins. Elles permettent d'engager une réflexion d'équipe sur les pratiques soignantes, compte tenu de la spécificité de l'unité et doivent aider à la mise en place des actions figurant dans le programme de lutte contre la douleur de l'établissement de santé.

Ces formations peuvent être réalisées par les personnels ressources de l'établissement, notamment issus des structures d'évaluation et traitement de douleur chronique (SDC) lorsqu'elles existent (la formation interne est un des critères relatifs à l'organisation dans le cadre de la procédure de labellisation des SDC). Les établissements de santé peuvent faire appel à des organismes de formation externes.

Chaque catégorie de personnel doit pouvoir bénéficier de formation dans ce domaine (personnel médical, paramédical, médico-technique, administratif), y compris le personnel d'encadrement. En effet, les cadres paramédicaux des unités de soins jouent un rôle primordial dans la mise en place et l'observance des mesures préconisées. Ils sont moteurs de tout changement et accompagnent l'équipe dans une dynamique d'amélioration des pratiques.

Plusieurs types de formation interne « douleur » peuvent être organisés :

- La formation présentielle réunissant des professionnels de santé de différentes unités de soins est la pratique la plus courante pour acquérir/approfondir ses connaissances/compétences. Elle peut avoir pour objet une actualisation des données de la science, des retours d'expérience des professionnels, une synthèse/revue/mise à jour d'un sujet. Elle peut se composer de différents modules : module de base et modules spécifiques (douleur de l'enfant, douleur du sujet âgé, douleur post-opératoire, ...), qui peuvent être déclinés sous forme de cours magistral ou d'atelier ;
- La formation-action permet de dispenser et retransmettre un savoir-faire par une action transversale au niveau d'une structure de soins. Ces formations-action peuvent concerner l'utilisation de médicaments (ex : MEOPA) ou l'utilisation de matériel (ex : Pompe d'analgésie contrôlée par le patient). Elles peuvent avoir également un objectif d'Analyse de Pratiques Professionnelles ;
- La formation à distance par voie électronique (e-learning) se développe dans les établissements en réponse à la difficulté de mettre en œuvre des formations en présentiel, le personnel travaillant à flux tendu et ne pouvant se libérer facilement des unités de soins. Le e-learning s'impose donc comme une solution prometteuse et complémentaire à la formation traditionnelle. Cette approche en ligne est complémentaire au travail des équipes de référence, qui assurent au sein des différents services des formations-actions pour sensibiliser les soignants à la gestion de la douleur. Le e-learning présente l'avantage de former un nombre de professionnels illimité en réduisant les coûts de formation.

Points forts

- Formation à la prise en charge de la douleur : axe prioritaire

Risques

- Contraintes économiques, manque de personnel, ... limitant l'accès aux formations en présentiel

Propositions

- Développer les nouvelles technologies : e-learning

Les établissements de santé et la douleur :

Activité Interne des structures douleur

Dr Isabelle NÈGRE

Hôpital Bicêtre, CETD, Le Kremlin Bicêtre

Les enquêtes montrent que les structures de prise en charge de la douleur chronique (SDC) assurent une activité interne (AI) importante, conformément à leur mission¹. Une enquête auprès des SDC a recueilli 62 réponses de Cs (65,5 %) et de CETD (34,4 %). Plus de 90 % des SDC avaient une AI. Pour 40 %, le nombre de consultations médicales internes était supérieur ou égal à 20 % des consultations externes, (allant jusqu'à 137 %) et 35,4 % des SDC y consacraient plus de 20 % du temps médical et du temps infirmier. L'activité infirmière était relevée dans 81 % des cas.

Dans une enquête exhaustive de l'activité 2015 des 17 SDC de l'APHP, 11 avaient une AI médicale ou infirmière. Le total des consultations médicales internes réalisées était de plus de 16 000, avec une moyenne de 860/an. La proportion entre activité médicale interne et externe variait de 2,5 % à 168 %. De plus, la moyenne du déficit des SDC ayant une AI est très supérieure (120 000 € vs 59 000 €).

1. La valorisation financière de l'activité interne

Malgré la forte activité, la valorisation financière de l'AI se heurte à plusieurs difficultés :

- Elle ne relève pas de la dotation MIGAC, car elle est prise en compte par le GHS « douleur chronique » ou incluse dans les tarifs des GHS au titre de la qualité des soins. Cette valorisation bénéficie à l'unité fonctionnelle demandeuse de la consultation et non à la SDC, qui assure la prise en charge¹.
- Le codage de l'activité dépend du service demandeur et néglige souvent la prestation de l'Equipe Mobile Douleur (EMD).
- Le codage de l'EMD demeure souvent anecdotique dans la valorisation du séjour, la pathologie principale et les comorbidités étant souvent plus valorisantes.
- L'intitulé « douleur chronique » n'est souvent pas adéquat pour décrire l'activité clinique de l'EMD, l'intitulé « douleur aiguë » n'a aucune valorisation.
- La seule valorisation par le GHS ne traduit pas les différentes activités des EMD, qui sont pourtant un élément essentiel de l'amélioration des soins.
- La non prise en compte des activités non cliniques des EMD : formation des soignants (diffusion des bonnes pratiques, actualisation des connaissances, pratiques innovantes), amélioration de la traçabilité, comités de retour d'expérience (CREX)², protocolisation, homogénéisation des pratiques, audits qualité, contribution aux EPP, tâches techniques diverses, CLUD, actions ciblées (soins douloureux, urgences, patients vulnérables)...

1 Live Blanc des structures douleur SFETD 2015

2 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1600749/fr/references-le-crex-methode-de-dpc

Cette situation est doublement pénalisante pour les SDC ayant une AI qui, en terme d'activité clinique et non clinique, est le gage d'une amélioration des soins et d'une certification réussie, activités chronophages qui impactent l'efficacité de l'activité externe exigée par l'ARS, qui aboutit à une sanction financière imméritée. Cette injonction paradoxale crée à une situation délicate où se pose le choix cornélien entre un pragmatisme froid consistant à abandonner toute AI pour satisfaire les critères de l'ARS et améliorer les moyens financiers de la structure et une position éthique d'amélioration des soins de l'établissement dans lequel on travaille. Cette situation aboutit fatalement à l'épuisement et à la démotivation des équipes.

2. Les propositions

L'activité des EMD est donc sous-estimée, sous-évaluée et sous-cotée. Des propositions peuvent être faites, reprenant en partie le rapport ministériel 'mission hôpital public'³ et s'articulant sur 4 registres nécessitant réflexion et discussions dans une commission ad hoc.

- **Politique** : un nouveau Plan douleur est nécessaire pour montrer l'engagement de l'état, valoriser la notion de service public hospitalier, corriger les effets négatifs du dispositif de financement à l'activité, améliorer la coordination des autorités chargées d'édicter des règles ou de contrôler leur application par les hôpitaux.
- **Tutelles** : rénover les relations entre ARS et établissements, prendre en compte des critères d'activité, qu'il convient de définir et d'adapter en fonction de chaque structure (MCO, SSR, EHPAD...), revoir une codification désuète et non adaptée où, par exemple, malgré les incitations à l'utilisation de médecines complémentaires, aucune n'est reconnue ou valorisée. Il en est de même concernant les interventions pour la prise en charge de la douleur aiguë ou post opératoire non reconnue, alors que la crise démographique des anesthésistes les confine au bloc opératoire et ne leur permet plus d'être disponibles dans les services⁴, valoriser les réussites et les acteurs qui les animent. Les activités des EMD doivent être connues et reconnues et traçables.
- **Établissement** : appliquer les textes existant, 'la qualité de la prise en charge de la douleur constituant une des clauses relatives à la qualité dans les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements de santé et les agences régionales d'hospitalisation'⁵. C'est souvent par la seule existence du CLUD que la prise en charge est évaluée, l'existence d'une EMD étant considérée, au final, comme accessoire. Si les CLUD ne sont pas à remettre en cause, on connaît leurs faiblesses : difficultés de recrutement de référents médecins et non médecins, reconnaissance de leur investissement en terme de planning, moyens pour appliquer les mesures proposées.

3 http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mission_Hopital_Public_RapportDefinitif_Remis_au_Ministre_18avril2012.pdf

4 Concept of the Ambulatory Pain Physician. Curr Pain Headache Rep. 2017 Jan;21(1):7.

5 Circulaire DGS/DH n°98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

- **Structures douleur** : améliorer l'exhaustivité du codage et de la traçabilité, seuls éléments objectifs du travail accompli, sans omettre l'activité de l'infirmière ressource douleur (IRD) et en tenant compte des activités non cliniques, optimiser le recueil par des logiciels adaptés, protocolisation des PEC, uniformisation des prescriptions, utilisation des nouvelles technologies, mises en commun des outils sont autant de pistes d'amélioration. Une remarque particulière peut être faite sur les protocoles de coopération, qui consistent à autoriser les IRD à prescrire dans des limites strictes. L'élaboration de ce document est un long parcours administratif, mais le premier protocole français de coopération que nous avons rédigé est en cours de validation et pourra être repris par toute structure intéressée.

Les établissements de santé et la douleur :

Les réseaux Douleur

Dr Esther SOYEUX¹, Dr Claire DELORME², Dr Gérard MICK³

¹ Réseau Ville Hôpital Lutter Contre la Douleur, Paris, ² Établissements du Bessin, Réseau Régional Douleur Bas-Normand / CETD, Bayeux, ³ Centre Hospitalier, CETD, Voiron

Un réseau de santé est au sens large, au-delà de l'esprit de la loi du 4 mars 2002 qui lui établit une existence légale, une dynamique organisationnelle territoriale entre acteurs de santé ayant pour objectifs d'assurer une orientation adéquate des personnes au sein du système de santé selon leurs besoins, de favoriser la coopération et la coordination entre acteurs autour des personnes, et de soutenir les acteurs de proximité face à des situations jugées complexes. Le concept de réseau au sens du maillage d'acteurs professionnels a émergé initialement de façon locale pour répondre aux problèmes posés par le multidéterminisme des situations pathologiques et s'engager dans une approche bio-psycho-sociale nécessitant l'organisation d'une réponse collective, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, basée sur le partage des connaissances et une dynamique de communication et concertation entre acteurs sous le sceau du décloisonnement sanitaire, médico-social, et social et entre mondes hospitalier et ambulatoire.

1. Historique des réseaux dans le domaine de la douleur

En 2002, un état des lieux¹ a recensé 23 réseaux d'acteurs, dont 10 concernaient la thématique de la douleur proprement dite et 13 étaient plurithématiques. Certains étaient des réseaux ville-hôpital, d'autres inter-hospitaliers, d'autres alliant ces deux composantes. Leurs financements étaient de diverses natures (ARH, URCAM, fonds FACQS) et les structures pour la majorité associatives. Seule la moitié de ces réseaux était officialisée et clairement soutenue par les tutelles. En 2017, après les nouvelles orientations des politiques de santé publique, certains réseaux ont disparu, car perdant le soutien des tutelles malgré un investissement important de leurs acteurs. D'autres ont poursuivi leur développement ou ont évolué vers d'autres organisations sans pour autant perdre leur objectif initial : 3 exemples différents sont présentés ci-dessous, qui recouvrent la plupart des situations actuelles.

1. 1. Réseau Ville-Hôpital, dit réseau de santé au sens de la loi du 4 mars 2002 : le réseau *Lutter Contre la Douleur Chronique (LCD)*

Créé en association loi 1901 en 1995 à l'initiative du Dr François BOUREAU dans le territoire de l'est parisien, le Réseau LCD est aujourd'hui régional (Ile de France). Il assure la coordination médicale et administrative aux besoins de la médecine ambulatoire. Les patients bénéficient d'un parcours de soins plus efficient, de thérapeutiques non médicamenteuses (relaxation/hypnose,

¹ « État des lieux des réseaux douleur en France en 2002 », Deleens R., Delorme C., Douleurs; Vol 4 - N° 4-C2, 30-35, septembre 2003

méditation en pleine conscience, marche nordique adaptée, « expression du mouvement », « osez bouger ! », « mouv' en ville ») et d'une information adaptée. Les professionnels de santé bénéficient de formations interdisciplinaires et de réunions de partage d'expériences et d'analyse de pratiques. Il permet la coordination de prises en charge de patients douloureux chroniques bénéficiant notamment d'éducation thérapeutique et de parcours de soins adaptés. Le site du réseau, labélisé *HONcode*, propose de nombreux outils accessibles au grand public, ainsi qu'aux professionnels de santé : www.reseau-lcd.org.

1. 2. Réseau inter-hospitalier : Réseau Régional Douleur en (ex) Basse-Normandie (RRDBN)

Officialisé en 2000, ce réseau régional interhospitalier est passé de 13 établissements adhérents à 54 ce jour. Ce n'est pas un réseau au sens du décret de 2002, il s'agit plus d'une « fédération » ou coordination régionale, dont les principales missions sont la formation, l'information et la communication sur la thématique douleur ; l'objectif étant d'améliorer l'accessibilité et l'égalité d'accès aux soins de tout patient sur le territoire en offrant un parcours de soins le plus efficient et le plus équitable possible. Il a rapidement développé des partenariats avec l'ambulatoire, divers autres réseaux, les tutelles, et le secteur médico-social, et il est devenu un acteur régional identifié. Ses actions concrètes (outils, formations, partages d'expérience, amélioration des pratiques, recherche clinique) répondent aux besoins des patients et des professionnels, et ont souvent même anticipé les différents plans nationaux concernant la douleur.

1. 3. Réseau Ville-Hôpital et inter-hospitalier, réseau santé évoluant en structure de la douleur chronique (SDC) inter-établissement et réseau de santé d'appui aux soins primaires : Réseau Douleur / Plateforme de Santé du Voironnais

Identifié en 1996 par la DDASS de l'Isère comme réseau de soins Ville-Hôpital (ordonnances de 1996), il est identifié en 1999 par la DDASS et la CPAM de l'Isère comme un réseau de soins mixte inter-établissements/Ville-Hôpital », en auto-financement. Il est labélisé réseau de soins par l'ARH et l'URCAM Rhône-Alpes en 2000 et financé par le FAQSV, puis labélisé réseau de santé en 08/2002 par l'ARH Rhône-Alpes et ainsi financé par la DRDR. Une mutation est opérée en 2009 par segmentation en 2 structures indépendantes, mais fonctionnellement en inter-opérabilité : internalisation de son expertise « Douleur » en une *SDC inter-hospitalière* de type *Unité* financée par une MIG ; consolidation de la structuration en réseau et extension de son domaine d'intervention (*polyvalence* en appui aux professionnels pour le retour et du maintien à domicile des situations complexes) financée par l'ARS sur la future enveloppe FIR. Le rationnel pour cette mutation a été qu'un ensemble d'acquis (réseau de santé thématique) permet d'aboutir à 2 structures complémentaires financées séparément (équipe hospitalière et extra-hospitalière thématique + réseau de santé polyvalent d'appui aux professionnels). Aujourd'hui co-existe une *Unité Interhospitalière d'Evaluation et Traitement de la Douleur du Voironnais* (équipes de 4 établissements de soins et groupement territorial de professionnels libéraux) labellisée **Centre** par l'ARS en 2017 et une *Plateforme de Santé du Voironnais*, réseau de santé en gouvernance partagée (tous les acteurs des domaines sanitaires (dont soins primaires), médico-sociaux et sociaux du territoire + usagers).

2. Perspectives des réseaux « Douleur »

Ces différents réseaux répondent à des spécificités historiques et territoriales. Bien qu'ils aient été innovants avec la déclinaison pratique des notions de parcours de soins et de santé, et qu'ainsi leurs acquis soient à pérenniser, ils seront probablement amenés à évoluer sur le plan structurel avec l'évolution de système de santé. Au plan territorial, les réseaux ont développé de nombreux partenariats entre acteurs, en particulier ambulatoires, et se positionnent aujourd'hui au plus près des équipes de soins primaires, oeuvrant en véritables dispositifs d'appui. Au niveau régional, en développant ou renforçant les organisations régionales s'appuyant sur les acteurs de la douleur chronique et les autres organisations existantes (en cancérologie, soins palliatifs, ...), ils participent à la prévention en consolidant la culture « douleur » et déploient compétences et expertises au niveau de populations spécifiques (précaires, handicapées, ...), au sens de la nouvelle loi LMSS.



Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

Partie 7

Les Associations de patients et la Douleur

Les Associations de patients

Fibromyalgie France, Paris

Carole ROBERT

Fibromyalgie France, association créée en avril 2001, est agréée au niveau national par le Ministère de la Santé depuis 2007. La fibromyalgie est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1992, l'Académie Nationale de Médecine en 2007, le Conseil de l'Europe en 2008 et la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2010 et concernerait de 2 à 5 % de la population. « Maladie de la douleur chronique » la fibromyalgie présente pour symptômes majeurs des douleurs rebelles, une fatigue chronique importante et des troubles associés nombreux. Source de handicaps et d'altérations majeures de la qualité de vie, elle induit une consommation importante de soins et d'arrêts de travail pesant lourdement sur les systèmes de santé.

1. Une inégalité des chances

Une inégalité des chances des malades face à la prise en charge, qu'elle soit médicale ou sociale est dénoncée depuis de très nombreuses années. En effet, 25 ans après la reconnaissance par l'OMS, la fibromyalgie souffre encore d'un cruel déni privant les malades de soins ou de suivi conformes à la loi sur le droit des patients. Pourtant, une prise en charge inscrite dans le cadre d'un parcours de soins, voire un parcours de vie, coordonnée au sein d'une équipe de soins de proximité serait non seulement la garantie d'une santé améliorée mais également permettrait la préservation de la qualité de vie et d'autonomie de ces malades chroniques.

2. Une longue attente, un quotidien complexe et un avenir incertain

Un constat : le diagnostic précoce de la fibromyalgie n'implique pas de fait une prise en charge précoce¹. Les malades font face à des douleurs chroniques handicapantes dont l'origine demeure inconnue et à un avenir incertain en raison des difficultés de prise en charge entraînant une perte importante d'autonomie et de qualité de vie². En effet les malades interrogés évaluent leur qualité de vie familiale à 66 % comme moyenne à difficile, leur qualité de vie sociale à 69% comme moyenne à difficile et leur qualité de vie professionnelle à 70% difficile voire inexistante. Comment s'en étonner quand sur une échelle de 1 à 10, 53% des répondants évaluent leur douleur de 7 à 9, 55% évaluent leur fatigue également de 7 à 9 et 83% ont un sommeil ressenti comme non réparateur. Une dépression réactionnelle peut être souvent associée.

1 Audition de Fibromyalgie France par le Haut Conseil de Santé Publique - Commission des maladies chroniques, le 27/01/2013

2 Rapport de Fibromyalgie France publié le 12 mai 2014 : « 2127 paroles face à face avec la douleur »

3. Finaliser un outil d'information sur le handicap lié à la fibromyalgie

Le manque de formation et d'information des médecins généralistes prive souvent les malades les plus atteints d'une consultation en « Centre de la douleur » et, de plus, la méconnaissance de l'impact de la fibromyalgie sur le quotidien des malades conduit à un négativisme injuste.

La prise en charge (souvent non médicamenteuse) ne permet pas l'obtention de l'exonération des soins au titre de l'ALD 31 dont les termes de la circulaire du 8 octobre 2009 excluent les personnes atteintes de fibromyalgie considérées comme non coûteuses. Pour ces raisons, il serait clairement utile de finaliser le travail d'experts commencé en 2013 par une équipe de chercheurs INSERM, mandatés par la CNSA, s'appuyant d'ailleurs aussi sur l'expertise de Fibromyalgie France, et qui avait pour objectif de travailler à un outil d'information sur le handicap sous forme d'une liste de difficultés avec leurs degrés de sévérité et fréquences.

4. Une expertise collective de l'INSERM et des recommandations mises en œuvre dès 2018 ?

Une expertise collective de INSERM, demandée par Fibromyalgie France depuis 10 ans, incluant la fibromyalgie de l'enfant, sera publiée à la mi-2018 rassemblant les connaissances scientifiques et médicales internationales sur la fibromyalgie, apportant l'éclairage scientifique nécessaire aux prises de décisions en matière de soins, de dépistage et de prévention. Ce rapport d'expert devrait permettre d'identifier les besoins en santé publique en termes de recherche fondamentale, clinique et thérapeutique.

Ce travail d'experts en cours représente une avancée indéniable, une attente et un espoir considérables pour les malades et souhaite que la mise en œuvre des recommandations des experts puisse se réaliser, dès 2018, en concertation avec Fibromyalgie France et la SFETD.

Conclusion

Il est regrettable de constater, 26 ans après la reconnaissance de la fibromyalgie par l'Organisation Mondiale de la Santé, que la douleur, la fatigue et les autres troubles associés non pris en charge de façon précoce diminuent inexorablement les chances d'une prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse adaptée, entraînent de nombreux examens coûteux, une perte d'emploi pour des patients en activité, des conséquences psycho-sociales sévères et inévitables...

Seule une volonté politique, clairement affichée, de mettre en place des actions d'information et de formation sur la fibromyalgie, de réaliser un référentiel destiné aux médecins conseils/médecins experts afin d'évaluer les situations de handicap, permettrait d'améliorer considérablement le parcours de soins, voire de vie, du patient douloureux chronique fibromyalgique avec des conséquences économiques indéniables.

Le point de vue des patients

AFVD (Association Francophone pour Vaincre les Douleurs), Pompaire

Isabelle MACAL, Martine CHAUVIN

Les bénévoles de l'Association Francophone pour Vaincre les Douleurs (AFVD) interviennent sur le terrain en venant à la rencontre des patients et des équipes médicales pour apporter leurs compétences en tant que patients-experts, au profit des personnes douloureuses chroniques et de leur entourage.

1. Les structures spécialisées

Dans les permanences d'accompagnement et sur notre plateforme téléphonique, les patients nous font part de l'augmentation des délais d'attente pour obtenir des rendez-vous dans les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur. Des délais jusqu'à 8 mois ont ainsi pu être observés.

Le constat est terrible : des patients de plus en plus nombreux (vieillesse de la population, chronicisation des maladies...), des délais de prise en charge plus en plus longs et des douleurs insuffisamment soulagées conduisent à des arrêts de travail à répétition pour les actifs, des consultations et hospitalisations démultipliées, des mises en invalidité et l'aggravation du nombre de personnes en situation précaire.

C'est donc bien une question de Santé Publique : il est prioritaire de **renforcer la filière des structures spécialisées et les équipes pluridisciplinaires qui les composent**, car une prise en charge tardive rend les traitements plus difficiles et les douleurs s'installent dans la durée avec de lourdes conséquences sur les individus et notre société.

2. La prise en charge psychologique

Un autre point que nous pouvons relever dans nos observations concerne l'insuffisance de la prise en charge psychologique des patients. Sans elle, force est de constater qu'un patient soulagé partiellement retourne dans l'isolement et la détresse, car la part non soulagée de sa douleur va l'envahir totalement et deviendra très rapidement un nouveau fardeau qu'il ne pourra pas porter seul.

Il est donc absolument nécessaire de **proposer systématiquement au moins une consultation avec un(e) psychologue à toute personne douloureuse chronique** pour lui apporter le soutien dont elle aura besoin pour supporter la part non soulagée de sa douleur et lui permettre d'aller de l'avant. Le nombre de consultations doit être adapté au besoin du patient.

3. L'Éducation Thérapeutique du patient

Une fois la douleur en partie soulagée, il reste tout de même aux patients l'obligation de vivre avec. Cette vie ne s'improvise pas, pour la réorganiser et la poursuivre dans les meilleures conditions, il faut apprendre à apprivoiser sa douleur, la dompter et la surmonter. Cet apprentissage, qui doit conduire chacun à trouver en lui-même ses propres ressources peut être largement facilité dans le cadre des programmes d'Éducation Thérapeutique pour les Patients.

Des ateliers menés conjointement par des professionnels de santé, paramédicaux, sociaux et patients-experts peuvent apporter aux patients tous les outils nécessaires à leur développement personnel pour vivre mieux avec des douleurs chroniques.

Développer ces programmes au sein de chaque structure spécialisée, former le nombre d'intervenants nécessaires, en faciliter l'accès aux personnes désireuses de s'y inscrire par une bonne communication et la prise en charge de leurs frais sont indispensables pour compléter la prise en charge médicale des patients.

4. La douleur au travail et l'éducation à la santé

Enfin, une autre de nos préoccupations concerne l'impact de la douleur chronique au travail car tous les patients que nous rencontrons, sans exception, abordent ce sujet. Ceux qui travaillent encore nous parlent de leurs difficultés au quotidien : leurs arrêts de travail à répétition, leurs rapports avec leurs collègues et leur hiérarchie, leur peur de voir leur carrière brisée et /ou de perdre leur emploi, la fatigue et l'anxiété qui exacerbent encore leur douleur... Ceux qui ne travaillent plus sont tous convaincus qu'il y avait « quelque chose à faire » pour éviter ou ralentir leur mise en invalidité.

La douleur chronique génère un coût social et financier considérable pour les entreprises et pour la société toute entière : il est urgent de réfléchir tous ensemble, pouvoirs publics, Caisses d'Assurance Maladie, chefs d'entreprises, mutuelles, professionnels de santé, sans oublier les associations de patients aux actions de prévention qui peuvent être proposées à toutes les personnes actives.

Mais la réflexion doit être aussi menée en amont pendant le parcours scolaire dans le cadre de programmes d'éducation à la santé : la prévention doit enfin être reconnue comme un axe majeur dans la prise en charge de la douleur chronique.

À partir de nos observations, il apparaît clairement que le renforcement des structures spécialisées, l'amélioration de la prise en charge psychologique, le développement de l'Éducation Thérapeutique et la création de programmes de prévention issus d'une réflexion commune, ainsi actés dans le 4^{ème} plan douleur, pourraient devenir des axes majeurs de la prise en charge des patients et contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie.

Une association pour le syndrome de l'intestin irritable (SII)

APSSII (Association de Patients Souffrant du Syndrome de l'Intestin Irritable), Bobigny

Suzelle FAÇON, Anne BLANCHARD

1. Contexte de la maladie

Le Syndrome de l'intestin irritable (SII), appelé aussi colopathie fonctionnelle, est une maladie chronique qui associe douleurs abdominales et troubles du transit. Cette maladie touche au moins 3 millions de personnes en France. Les personnes touchées (deux femmes pour un homme) ont souvent moins de 45 ans au moment du diagnostic, mais la maladie peut exister à tout âge. Généralement, la maladie débute progressivement et sans facteur déclenchant. Bien que les mécanismes de la maladie soient mieux connus (rôle du microbiote, rôle de l'alimentation, phénomène de micro-inflammation, dysfonctionnement des contrôles de la douleur, ...), on ne dispose d'aucun test diagnostique. De ce fait, les médecins qui font faire différents examens, qui reviennent normaux, concluent avec la phrase « vous n'avez rien » ou suggèrent que « c'est dans la tête » pour 2/3 des malades. D'ailleurs, moins d'un malade sur 5 reçoit de son médecin des informations suffisantes sur le SII comme l'a montré l'enquête réalisée par l'APSSII en 2013 (222 participants). Cette enquête a permis de connaître les attentes des malades par rapport au SII et au médecin notamment. Par exemple, l'enquête a montré que moins de 10 % des malades ont reçu de l'espoir de la part du médecin.

Attentes par rapport aux médecins	Attente	Vécu
Informations compréhensibles/suffisantes	94,70 %	16,30 %
Avoir une écoute attentive	97,30 %	36,30 %
Apporter un soutien	90,00 %	22,10 %
Donner de l'espoir	84,70 %	8,90 %
Amélioration par rapport à l'état actuel/traitement adapté	94,70 %	15,30 %

L'objectif principal des traitements est le soulagement des symptômes et des douleurs abdominales, des troubles du transit et des ballonnements, mais il n'existe pas de traitement de référence qui soit adapté à toutes les formes de SII et les traitements sont globalement d'efficacité modérée, par conséquent les malades testent souvent différentes stratégies.

2. Impact de la maladie

Si le SII est une maladie chronique bénigne, elle peut entraîner une altération de la qualité de vie des malades. Les épisodes de douleur et les troubles du transit sont imprévisibles et pèsent sur le quotidien des malades. Cette altération peut concerner tous les domaines notamment l'alimentation, le travail, les sorties ou déplacements, la vie intime, le sommeil... Elle peut aussi entraîner un état dépressif secondaire en raison de l'absence d'amélioration de l'état de santé et de l'isolement du malade qui n'ose pas en parler à ses proches ou à ses collègues du fait de la non-reconnaissance par la société. Cela peut aussi tenir au caractère tabou et à la nature des symptômes. Des études ont montré que les idées noires et les tentatives de suicide sont plus fréquentes que dans la population générale et de même niveau que chez des personnes avec maladie de Crohn. Cette maladie peut aussi toucher le cercle familial avec un impact sur le conjoint qui, dans une étude, était du même ordre que celui rapporté chez des conjoints de malades en fin de vie. Le SII a aussi un coût pour les malades, car beaucoup de traitements ne sont que peu ou pas remboursés. Pour la société, le coût de la maladie est également important, les seuls coûts directs (consultations, examens, médicaments) étaient évalués en France il y a une dizaine d'années à 756 euros par malade et par an.

3. Une association pour le SII

Née en 2010 à l'initiative d'une malade, l'APSSII (www.apssii.org) compte à ce jour plus de 750 adhérents et de nombreux sympathisants. L'association a pour but : d'informer sur la maladie afin de permettre un échange de services de nature à éviter l'isolement ; d'être le porte-parole des membres auprès des pouvoirs publics et des médias, notamment pour obtenir une meilleure reconnaissance de la maladie ; de promouvoir les travaux de recherche sur le SII. L'APSSII souhaite proposer le même niveau d'information, de soutien et d'orientation à l'ensemble des malades où qu'ils se trouvent.

Points forts

- L'association permet de soutenir les malades et leur famille

Risques

- Une maladie insuffisamment connue du public et des soignants et invalidante
- Les coûts de la prise en charge sont principalement supportés par le patient

Propositions

- Des progrès sont nécessaires pour améliorer la compréhension de la pathologie
- Il est important de donner les moyens pour améliorer la formation des soignants sur cette pathologie



Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

Partie 8

Enseignement et formation à la médecine de la douleur

La formation en médecine de la douleur lors des études médicales

Pr Serge PERROT

Hôpital Cochin-Hôtel Dieu, CETD, Paris

La formation en douleur lors des études médicales est très récente. Jusque dans les années 2000, il n'existait au cours des études de médecine en France aucune formation spécifiquement identifiée sur la douleur. En raison des différents plans gouvernementaux sur la douleur, cette défaillance a été mise en avant et le besoin de formation médicale a été souligné. Ainsi, plusieurs formations ont pu être développées.

1. Une formation obligatoire lors du 2^e cycle des études médicales : le module 6 puis UE 5.1

En 2002, un module intitulé « douleur, accompagnement, soins palliatifs » ou « module 6 » a été introduit. Il a été rendu obligatoire d'emblée pour le programme de l'Examen Classant National de fin de 6^{ème} année. Au départ, il était prévu qu'il représente 20 heures de cours, soit 12 heures d'enseignement sur la douleur et 8 heures en soins palliatifs, en privilégiant l'étude de cas clinique.

Malgré tout, même s'il s'agissait d'une avancée—20 heures de cours en 6 ans d'études médicales — cela restait assez faible. Malheureusement, même ces 20 heures de cours n'ont pu être maintenues et dans de nombreuses facultés, il semble que ces 20 heures déclarées obligatoires se soient transformées et dégradées en 4 à 6 heures d'enseignement dirigé, de façon très variable selon les facultés. Dans tous les cas, les faiblesses de cet enseignement ont été mises en évidence, les heures dédiées à la douleur de l'enfant et de la personne âgée étant parfois absentes.

En 2015, avec la réforme de l'Examen Classant National, ce module 6 est devenu 5.1 avec des items très importants sur la douleur et les soins palliatifs et l'introduction de chapitres concernant la douleur des patients atteints de pathologies mentales.

Cet enseignement est en général réalisé par des Praticiens Hospitaliers, puisqu'il n'existe à l'heure actuelle pas d'universitaires officiellement nommés en médecine de la douleur. Un programme national est développé avec un référentiel rédigé de façon conjointe par le Collège des Enseignements de Soins Palliatifs et le Collège des Enseignants de la Douleur, ouvrage publié aux éditions Med-Line¹.

¹ *Douleurs, soins palliatifs*, Perrot S. (sous la direction de), Éditions Med-Line, 2^e édition, Paris 2016.

2. L'enseignement des internes : le DESC « Médecine de la douleur – Médecine palliative »

Le DESC « douleur et soins palliatifs » a été créé par l'arrêté du 26 janvier 2007. Il comprenait un tronc commun soins palliatifs et douleurs lors de la première année puis une spécialisation dans l'un des deux domaines l'année suivante. La majorité des inscrits à ce DESC sont des internes de médecine générale. En 2009, sur 35 étudiants, 4 ont choisi la spécialisation douleur. Depuis 9 ans, près de 35 à 40 étudiants par an ont été formés par ce DESC « soins palliatifs et douleur », dont 25 % en médecine de la douleur.

Pour les internes, l'attractivité de la médecine de la douleur reste moindre que celle des soins palliatifs, probablement en raison d'un manque de postes hospitaliers identifiés, de perspectives universitaires et de l'absence de cotation spécifique pour l'activité libérale ou mixte.

3. Les Capacités d'évaluation et de traitement de la douleur

Les Capacités d'évaluation et de traitement de la douleur forment des praticiens (médecins généralistes, anesthésistes, gériatres, neurologues, rhumatologues...) ayant entre 10 et 20 ans d'expérience sur deux ans.

Il existe 7 Capacités « douleur » en France, dans les grandes régions. Ce sont des diplômes universitaires reconnus ayant une valeur de compétence avec reconnaissance ordinale, mais qui n'ouvre pas à une spécialité. Les Capacités sont proposées par 28 des 36 facultés de médecine françaises avec un regroupement de plusieurs facultés, notamment en Ile de France. Cet enseignement comporte un enseignement théorique et pratique de 180 heures avec un enseignement pratique de terrain limité à 30 jours.

4. Diplômes universitaires et inter-universitaires

Il existe un grand nombre de diplômes universitaires et inter-universitaires concernant la douleur aiguë, la douleur chronique, les soins de support, les douleurs des enfants et des personnes âgées. Ces diplômes universitaires s'adressent soit spécifiquement aux médecins, soit encore de façon plus large à tous les professionnels de santé sans distinction, selon les cas.

Ces DU rassemblent un grand nombre de publics, ont toujours un succès important et permettent d'améliorer la diffusion de la culture douleur, même s'ils n'ont aucune valeur diplômante.

5. Les nouvelles formations et la réforme du 3^e cycle des études de médecine (DES) prévue à l'automne 2017

La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales permet d'envisager des améliorations importantes concernant la médecine de la douleur, ainsi que la médecine de soins palliatifs, dont les destinées vont maintenant se séparer, les formations devenant distinctes.

5. 1. Enseignement obligatoire pour l'ensemble des DES : les enseignements transversaux

La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales comporte une approche transversale marquée par l'introduction d'enseignements transversaux obligatoires pour tous les DES. Cette approche permet d'introduire une transversalité, un élargissement des connaissances des étudiants et des internes à des notions éthiques, de santé publique, de priorité en matière de soins. Dans ce contexte, un enseignement obligatoire transversal de 4 heures concernant la douleur va être dispensé à l'ensemble de tous les DES. Cet enseignement se met en place et sera proposé sous forme d'enseignement virtuel sur une plateforme numérique avec des modules au choix dans chaque université, validé de façon nationale, avec un Comité Pédagogique National et Régional.

5. 2. La transformation du DESC en FST

La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales a supprimé les DESC de type I non qualifiants, qui sont remplacés par des FST (Formation Spécialisée Transversale). La FST de médecine de la douleur a été officiellement décrétée en avril 2017. Il s'agira d'une formation en un an ouverte à 12 DES médicaux ou chirurgicaux. Cette formation ne sera pas diplômante, mais représentera une compétence supplémentaire associée au DES d'origine y compris le DES de médecine générale. La maquette et les modalités d'organisation de cette FST sont en cours d'élaboration pour pouvoir être opérationnelles dès 2020, lors de la fin des DESC. On prévoit environ 35 à 40 étudiants en FST de médecine de la douleur formés chaque année. L'essentiel de ces étudiants en FST de médecine de la douleur vise à remplacer les personnels médicaux travaillant dans les 260 structures de la douleur chronique en France, structures dont les personnels médicaux vont bientôt en grande partie prendre leur retraite. Il est donc urgent de former des nouveaux médecins de la douleur.

6. Le Collège des Enseignants de la Douleur

Le Collège des Enseignants de la Douleur, instance dépendant de la SFETD, regroupe les enseignants, universitaires ou non, impliqués dans l'enseignement du 2^e et 3^e cycle des études médicales. Cette instance nouvelle est dynamique, vise à encadrer l'enseignement de la douleur, proposer des innovations, des recherches et même des thèses de médecine. Elle vise surtout à développer l'enseignement de la douleur à tous les niveaux, en accompagnant les réformes des études pour que la médecine de la douleur y ait sa place.

En conclusion, la médecine de la douleur est maintenant présente, plus visible, à toutes les étapes de la formation des médecins, en 2^{ème} et 3^{ème} cycle, en formation obligatoire ou optionnelle. Tout ceci devrait améliorer la prise en charge de la douleur, aigue et chronique, en population générale. Dans ce contexte, la reconnaissance de la médecine de la douleur comme discipline universitaire, avec des enseignants reconnus, dans une filière identifiée est indispensable, et représente un des combats du collège des enseignants de la douleur et de la SFETD.

Formation médicale en douleur

Les points-forts

- Une formation à la douleur mise en place en 2^e et 3^e cycle des études médicales.
- De nombreux DU et DIU.
- Une formation transversale en douleur prévues pour tous les DES dans la réforme du 3^e cycle

Les points faibles et risques

- La médecine de la douleur n'est pas reconnue, pas d'enseignants universitaires identifiés pour des besoins de formation importants.

Formation des infirmiers en Douleur

Pascale THIBAUT

Introduction :

Nous pouvons noter la place permanente accordée à la formation des professionnels de santé dans les plans et programme douleur¹, échelonnés de 1999 à 2010, comme dans le bilan du 3^{ème} plan douleur².

Concernant les personnels infirmiers, doivent être pris en considération : la formation initiale, la formation continue, le développement d'une expertise.

1. Formation initiale

Les infirmiers actuellement en exercice ont été formés selon différents programmes de formation initiale. La dernière évolution du programme menant à l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier, datant de 2009, a introduit l'universitarisation partielle des études. Ce changement a été l'occasion pour les membres de la commission professionnelle infirmière de la SFETD de faire le point sur les modalités de formation à la douleur des étudiants en soins infirmiers³. Ce travail, disponible sur le site de la SFETD, a mis en évidence l'absence de modification des contenus théoriques concernant la douleur entre ce programme et le précédent, des évolutions concernant la formation pratique, en particulier l'évaluation de certains éléments concernant la douleur, comme la prévention de la douleur liée aux soins. Ces acquis sont toutefois dépendants de la qualité des prestations des services, encore très disparates actuellement. Ce programme ne met pas en évidence la nécessité pour l'étudiant de maîtriser le raisonnement clinique indispensable à la prise en charge d'un patient douloureux.

En résumé, ce programme n'a pas été l'occasion d'une prise en considération de la transversalité du symptôme douleur, de sa complexité, tant concernant son évaluation que ses traitements. Il demeure à l'initiative de chaque Institut de formation d'élaborer le projet pédagogique pour la formation théorique. Les infirmiers ressource douleur, généralement très investis dans la formation des étudiants et des professionnels, ont parfois été exclus des enseignements dispensés.

Il n'existe pas d'indication sur les enseignements en douleur, qui doivent absolument être maîtrisés par un professionnel débutant. Cette situation entraîne une hétérogénéité identifiée dans les prises en charge cliniques à l'issue de la formation, la qualification ne correspondant pas toujours aux exigences des textes régissant l'exercice professionnel.

1 Plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés 1998/2001 ; le programme de lutte contre la douleur 2002-2005 ; plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006/2010 – disponibles sur le site de la SFETD

2 Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006/2010 - La documentation française 2011

3 De la prise en charge de la douleur à l'enseignement clinique infirmier : quelle place pour les Infirmiers Ressource Douleur ? 2011 - disponible sur http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/sfetd_de_la_prise_en_charge_a_enseignement.pdf

Enfin, il est essentiel de noter l'absence de sollicitation, et donc de contribution de la SFETD, société savante en la matière, dans l'élaboration du programme de formation initiale des infirmiers ; ce qui aurait pu constituer un gage de qualité.

2. Formation continue

L'évolution des connaissances concernant le domaine de la douleur et de ses traitements étant constante et rapide, il est indispensable que les infirmiers puissent, comme pour d'autres domaines reconnus prioritaires, bénéficier de formations professionnelles continues. Celles-ci existent sous plusieurs formes :

- sessions présentielles intra ou inter-établissements ou entre infirmiers libéraux,
- formations ciblées sur une thématique, plus courtes (1h30 à 3h), en intra ou inter-établissements ou pour les libéraux.

Ces formations sont exceptionnellement inter-professionnelles ; ce qui est regretté par les participants.

- Des Diplômes Universitaires ou InterUniversitaires, réservés spécifiquement aux infirmiers ou regroupant des professionnels de plusieurs fonctions (médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, etc...).

Ce champ de la formation professionnelle fait l'objet de nombreuses propositions. On peut noter l'insuffisance de contrôle de la qualité des contenus et des intervenants, malgré le développement du processus d'évaluation mis en place dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).

3. Formation des Infirmiers Ressource Douleur (niveau d'expertise)

L'enquête menée en 2007⁴, amenant à la rédaction du référentiel d'infirmier ressource douleur, a mis en évidence l'importance du niveau de formation de ces professionnels dans de nombreux domaines en lien avec la douleur. Concernant leur cursus initial, la plupart sont titulaires d'un diplôme de spécialisation en particulier Infirmier Anesthésiste⁵ ou Puériculteur. Par ailleurs, tous les IRD sont titulaires d'un diplôme universitaire douleur, parfois associé à un diplôme en soins palliatifs, d'infirmier clinicien, d'un DIU de psychopathologie, etc... La majorité, une fois en poste, se forme aux pratiques complémentaires, telles que l'hypnose, le massage, mais aussi aux techniques innovantes ou utilisées spécifiquement dans le domaine de la douleur (TENS, Qutenza par exemple), formations généralement assurées par les laboratoires. Au fil des années, les infirmiers ressource douleur poursuivent leurs formations en fonction des missions qui leur sont confiées, en particulier la formation de leurs pairs (formation complémentaire en pédagogie) et l'évaluation de la qualité (réalisation d'audits, d'analyses de pratiques). Il faut noter la forte contribution de la SFETD à ces formations grâce à la mise en place des universités infirmières. Si ces formations sont indispensables à l'exercice de la fonction d'Infirmier Ressource Douleur, elles ne font l'objet d'aucune obligation, ni d'aucune reconnaissance.

4 Référentiel d'Activités de l'Infirmier Ressource Douleur 2077 disponible sur : http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/referentiel_ird_novembre2007.pdf

5 La réforme des études d'Infirmier Anesthésiste a rendu obligatoire un stage de 2 semaines dans une structure douleur et un enseignement douleur renforcé, en particulier en sophrologie et hypnose. Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026230199&categorieLien=id>

Propositions pour la formation l'infirmière en Douleur

1. Participation de la SFETD à **l'élaboration du programme de la formation initiale des infirmiers** : soumission du programme, analyse critique, propositions faites par un trinôme médecin/infirmier/psychologue spécialistes douleur ;
2. Proposer des **enseignements communs** entre les différents professionnels amenés à travailler ensemble.
3. Possibilité de proposer une **labellisation des programmes de formation continue** par la SFETD, en complémentarité de la validation des programmes pour le développement professionnel continu.
4. **Reconnaissance de l'expertise des infirmiers ressource douleur** concernant leur niveau de formation en lien avec leurs compétences pour former leurs pairs, dans le cadre du tutorat, de la formation continue et de la formation universitaire. Cette reconnaissance pourrait faire l'objet d'un master.

Enseignement et formation des psychologues en douleur

Véronique BARFETY-SERVIGNAT¹, Antoine BIOY², Baptiste LIGNIER²,
Anne MASSELIN-DUBOIS³

¹ CHU, Consultation douleur et rhumatologie, Lille, ² Université de Bourgogne Franche-Comté, Pôle AAFE, Dijon, ³ Hôpital Henri Mondor, Centre de Références des Maladies Neuromusculaires, Créteil

1. Formation initiale des disciplines psychologiques en douleur

Une quarantaine d'universités françaises ainsi que l'Ecole des psychologues praticiens (EPP de Lyon et Paris) assurent des enseignements en psychologie et délivrent le titre de psychologue (niveau Master 2). L'usage du titre de psychologue en France est régi par l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et le décret n°90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômés permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue. L'usurpation du titre de psychologue est un délit (infraction prévue par l'article 433-17 du code pénal). Ces enseignements portent sur des thèmes spécifiques selon les corpus théoriques enseignés dans chacune des universités. Les enseignements sur la clinique et psychopathologie de la douleur chronique sont dispensés à l'université dès la licence, puis en Master 1 et 2 (professionnel et recherche), et enfin en doctorat. Ils portent sur les **théories et concepts concernant les processus psychologiques et psychopathologiques** des patients douloureux chroniques dans les cours fondamentaux de psychologie en licence et master 1, en cours magistraux et travaux dirigés des niveaux licence 2, licence 3, Master 1, Master 2. Par ailleurs, les étudiants sont formés aux différentes **approches psychothérapeutiques** applicables à la prise en charge psychologique des patients douloureux chroniques. De plus, des **travaux de recherche** sont menés par les étudiants en Licence et Master 1 et 2 ou doctorat sur les problématiques psychologiques rencontrées chez les patients douloureux chroniques. Enfin, les étudiants ont la possibilité de participer à des **séminaires complémentaires, spécifiques** en clinique de la douleur chronique ou en **formation continue**.

2. Formation continue universitaire des disciplines psychologiques : le DIU « clinique et psychopathologie de la douleur »

Continuité du DIU « douleur : psychologie et psychopathologie » organisé par les universités de Bordeaux 2, de Paris Descartes et de St Etienne coordonné par Françoise Radat, le **DIU « clinique et psychopathologie de la douleur »** repris et coordonné par Antoine Bioy propose un programme entièrement revu par la commission des psychologues de la SFETD, dont le pilotage est assuré par Véronique Barfety-Servignat et Séverine Conradi. Les nouveaux partenaires universitaires sont : l'université de Bourgogne (pilote), l'université de Lille 3 et l'université de Bretagne occidentale. Le coordinateur national est le Pr Antoine Bioy (responsables sur Lille 3 : Catherine Dupuis / Véronique Barfety-Servignat ; Brest : Pr Christian Berthou / Lolita Mercadié ; Dijon : Pr Antoine Bioy / Baptiste Lignier). L'université de Nantes a déposé sa candidature (2017) pour rejoindre ce DIU.

L'objectif de l'enseignement est de permettre aux professionnels engagés dans des suivis de patients douloureux de disposer d'une formation, à la fois pratique et théorique, concernant les aspects psychologiques et psychopathologiques de la douleur. Différentes approches sont également abordées et la dimension de la relation en douleur est également travaillée tant d'un point de vue théorique (alliance thérapeutique, empathie et neurosciences, intersubjectivité...) que pratique (temps systémiques de supervision de la pratique, et analyses de cas). Il s'adresse aux psychologues, psychiatres et à tout professionnel de santé (médecin, infirmier...) qui souhaiterait enrichir sa pratique auprès des patients douloureux. Bien sûr le DIU n'ouvre pas droit à l'exercice ou à la pratique du psychologue. A l'issue de la formation, dans son cadre propre d'exercice, la pratique du participant a évolué en intégrant de façon pertinente la dimension psychologique associée à l'exercice auprès des patients douloureux.

3. Formation Initiale des disciplines paramédicales en douleur

Les psychologues interviennent également en institut de formation en soins infirmiers, en institut de kinésithérapie, en institut de formation pour manipulateurs d'électroradiologie médicale, ou en école de puériculture. Les enseignements concernent surtout les aspects et conséquences psychologiques et sociaux de la douleur, ses dimensions relationnelles ou plus généralement la psychologie de la douleur.

4. Formation continue universitaire et non universitaire des disciplines médicales et paramédicales

Les psychologues dispensent un enseignement dans de nombreux autres Diplômes Universitaires (DU) ou DIU. Ceux-ci ont pour thématiques : maladie chronique et fin de vie, formation à la prise en charge de la douleur (Douleurs sans frontières), occlusodontie, douleur pour les soignants, douleur de l'enfant en pratique quotidienne, évaluation et traitement de la douleur, soins palliatifs. Les psychologues cliniciens font aussi cours au sein de Capacités Douleur, de DESC ou de DPC en université de médecine pour des enseignements sur la psychopathologie de la douleur, les somatisations, les troubles factices, les troubles de la personnalité, les facteurs de chronicisation, la fin de vie, les douleurs neuropathiques, la prise en charge de la douleur, l'hypnoalgésie, les douleurs chroniques des enfants et adolescents ou bien en faculté de chirurgie dentaire pour des modules sur la psychologie de la douleur.

Une grande majorité des psychologues des structures douleur chronique assurent les formations transversales intra-hospitalières auprès des référents douleur, des personnels médicaux et para-médicaux. Elles ont des thématiques très diverses et complémentaires : évaluation, lien entre douleur et psyché, stress, fonction de la douleur, différence entre douleur chronique et douleur aiguë, entretien motivationnel, douleur de l'autre, relation d'aide, approches non médicamenteuses, psychothérapies, prise en charge de la douleur chez l'adulte et chez l'enfant, les techniques psycho-corporelles, mémoire de la douleur. De plus, certains psychologues interviennent également lors de formation à l'éducation thérapeutique au cours desquelles, des ateliers peuvent être menés à destination des patients, notamment dans le cadre de la fibromyalgie. Ils enseignent également dans des organismes spécialisés pour les professionnels de santé à propos de la prise en charge de la douleur en équipe pluridisciplinaire et en psychiatrie, de la douleur en santé mentale et en pédopsychiatrie. D'autres interviennent dans des organismes de formation à l'hypnose pour des modules consacrés aux stratégies thérapeutiques en douleur chronique.

5. Journée, colloque et congrès

Enfin, il faut noter que les psychologues de la douleur sont très présents en congrès sur les thématiques douleur (SFETD, AFSOS, SFPO...), colloques inter-universitaires, journée d'étude à destination des autres professions ou des chercheurs.

Ces formations recouvrent l'ensemble des missions du psychologue exerçant dans le champ de la douleur. Elles concernent aussi bien l'évaluation clinique, la relation avec les autres professionnels et la prise en charge, et ce, suivant les différentes modalités théoriques et pratiques validées et disponibles. Elles correspondent également aux différents domaines d'expertise du psychologue clinicien en application, dans le champ très spécifique de la douleur, de toutes les missions auxquelles il a été formé lors de son cursus universitaire. Enfin, il faut remarquer l'implication importante des psychologues cliniciens à différents niveaux, tout d'abord dans le cadre universitaire (que ce soit en formation initiale ou continue) mais aussi hospitalier pour répondre à la demande des établissements ou par une implication dans les missions des CLUD mais également dans d'autres organismes de formation et événements scientifiques.

Enseignement, Psychologie et Douleur

Points forts

- Pluralité des lieux où est dispensé l'enseignement psychologie et douleur
- Investissement des psychologues dans l'enseignement et la formation

Risque

- Compte tenu des temps d'emploi réduit des psychologues dans les SDC, risque que cet enseignement ne soit plus réalisé par des professionnels formés à la psychologie et la psychopathologie de la douleur ;

Propositions

- Soutenir l'implication des psychologues dans l'enseignement en développant un partenariat avec les laboratoires universitaires et en respectant le statut du psychologue
- Stimuler les laboratoires de recherche sur la thématique de la douleur afin que leurs travaux soient diffusés dans les masters
- Soutenir l'enseignement de la psychologie de la douleur en permettant aux psychologues d'assurer cette mission



Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

Partie 9

Recherche en Douleur

La recherche fondamentale, translationnelle et clinique

Pr Pierrick POISBEAU¹, Dr Didier BOUHASSIRA², Pr Gisèle PICKERING³

¹ Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, CNRS UPR 3212, Strasbourg

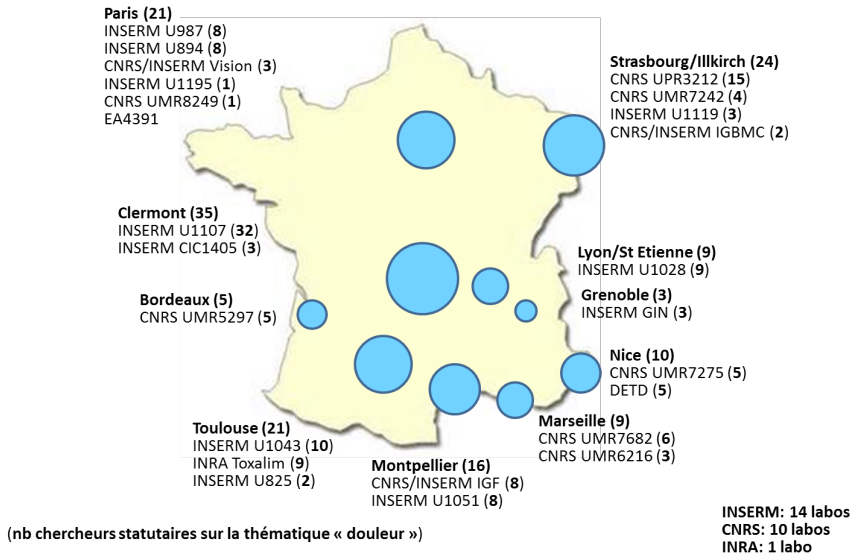
² Hôpital Ambroise Paré, Inserm U987, Boulogne-Billancourt

³ CHU Gabriel Montpied, Centre de Pharmacologie Clinique, Clermont-Ferrand

1. La recherche française en douleur : un réseau d'excellence depuis 50 ans

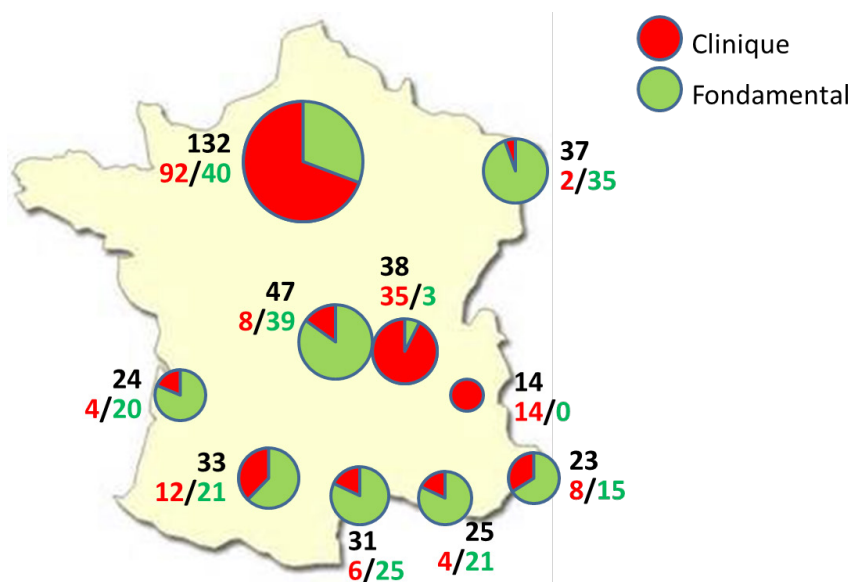
La recherche concernant la douleur est, de longue date, un des domaines d'excellence de la recherche en neurosciences dans notre pays. Cette «tradition» remonte à plus d'une cinquantaine d'années avec, notamment, les travaux de personnalités marquantes telles que les regrettés Denise Albe-Fessard et Jean-Marie Besson, qui furent tous deux présidents de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP).

On peut considérer aujourd'hui que « l'école française » de recherche sur la douleur est toujours très active, puisqu'il existe plus d'une trentaine d'équipes dont la thématique exclusive ou principale est la douleur (*voir répartition géographique ci-dessous*). Ces équipes regroupent près de 200 chercheurs titulaires et sont placées sous la tutelle de l'INSERM (14 laboratoires), du CNRS (10 laboratoires) et de l'INRA (1 laboratoire). Les personnels de recherche de ces unités se sont fédérés depuis une dizaine d'années au sein d'un réseau national de recherche sur la douleur, initialement soutenu financièrement par l'Inserm, qui a largement contribué à développer les liens entre chercheurs et entre chercheurs et cliniciens. De fait, grâce à l'existence de ce réseau nous avons une image assez claire des acteurs et des travaux de recherche sur la douleur réalisés dans notre pays.



Répartition géographique des laboratoires Inserm, CNRS et INRA hébergeant des équipes douleur en France. Source : Extrait du rapport 2005-2015 sur l'état de la recherche en douleur par ITMO-Aviesan.

Avec plus de 3 500 articles originaux publiés au cours des 5 dernières années (2011-2016), la France se situe largement dans le peloton de tête au niveau européen. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne le nombre de publications dans des journaux à fort facteur d'impact (> 10), puisque la recherche française dans le domaine est placée en seconde position derrière l'Allemagne, à égalité avec le Royaume-Uni. La qualité et l'impact des travaux réalisés en France sont également reflétés par le nombre total de citation des articles publiés qui situent, là encore, la France dans les tous premiers rangs au niveau international. Les articles publiés dans les journaux de spécialité (Pain, Anesthesiology) et à forte visibilité internationale (top 10 %) donnent une idée de la répartition des forces Françaises en recherche fondamentale et clinique (figure ci-dessous).



Nombre d'articles de recherche fondamentale et clinique pour 10 villes Françaises (Paris-Boulogne-Billancourt, Clermont-Ferrand, Lyon-Saint-Etienne, Strasbourg-Illkirch, Toulouse, Montpellier, Marseille, Bordeaux, Nice, Grenoble) où les chercheurs ont publié dans des journaux à forte visibilité internationale (meilleur 10%) et dans les meilleurs journaux de la spécialité (Pain, Anesthesiology). Source : Extrait du rapport 2005-2015 sur l'état de la recherche en douleur par l'ITMO-Aviesan.

Si la grande majorité de ces équipes a développé des travaux de recherche fondamentale ou préclinique, seules 4 équipes «labellisées» ont intégré une activité de recherche clinique majoritaire dans leurs axes de recherche. Ces travaux bénéficient d'une grande visibilité et d'une véritable notoriété internationales dans certains domaines, notamment celui des douleurs neuropathiques, des algies faciales ou encore des douleurs musculo-squelettiques avec plusieurs articles publiés au cours des 10 dernières années, classés parmi les plus cités (top 1%) du domaine, des invitations très nombreuses dans des congrès internationaux (dont 3 conférences plénières au cours des 3 derniers congrès mondiaux de la douleur) ou encore l'organisation par les équipes françaises de multiples réunions et congrès internationaux. La vitalité du réseau national de recherche sur la douleur et l'intégration croissante de cliniciens des Centres d'études et de traitement de la douleur aux unités de recherche permet aujourd'hui de faire émerger de nouveaux centres cliniques d'excellence en France, comme ceux qui s'intéressent aux douleurs viscérales et aux douleurs de l'enfant. Compte tenu de l'exceptionnelle vitalité de la recherche fondamentale en France, le soutien à la recherche translationnelle et clinique sur ces thématiques en émergence demande à être amplifié dans les années à venir, afin de permettre un transfert fluide et rapide des innovations scientifiques vers la pratique clinique.

Contrairement à la vitalité des laboratoires soutenus par les organismes de recherche (INSERM, CNRS, INRA), il apparaît que relativement peu de structures de soins participent à la recherche et, le plus souvent, uniquement dans le cadre d'études promues et gérées par l'industrie pharmaceutique. L'activité des structures douleur dans le domaine de la recherche semble donc limitée par rapport à d'autres pays comparables comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni. Cette situation tient vraisemblablement, pour une large part, au fait que, contrairement à ces pays, la médecine de la douleur n'est pas (encore) reconnue en France comme une discipline universitaire. De fait, l'immense majorité des praticiens du domaine qui sont des praticiens hospitaliers, ne peuvent pas consacrer beaucoup de temps à la recherche clinique, faute de moyens logistiques et humains.

2. Les structures, centres et réseaux de recherche

Le réseau national de recherche sur la douleur de l'INSERM

Le réseau INSERM de recherche sur la douleur (RNRD-INSERM) a été fondé en 2005. Il est coordonné, depuis sa création, par le Pr Radhouane Dallel (Faculté de Chirurgie Dentaire, Clermont-Ferrand). Il regroupe l'ensemble des équipes françaises qui se consacrent à la recherche pré-clinique et clinique sur la douleur. Les équipes sont issues des différents organismes de recherche français (INSERM, Centre National de la Recherche Scientifique, Institut National de la Recherche Agronomique, Centres Hospitalo-Universitaires, Universités). Au total, 370 professionnels (chercheurs, enseignant-chercheurs, cliniciens, techniciens, étudiants) sont impliqués dans ce réseau.

Le RNRD-INSERM a pour objectif de coordonner les activités des chercheurs français (fondamentalistes et cliniciens) dans le domaine de la douleur, de confronter les dernières avancées de la recherche clinique et de la recherche fondamentale, de favoriser les échanges et les collaborations entre les différentes équipes impliquées et d'améliorer la visibilité internationale de la recherche française sur la douleur.

Équipes du réseau national de recherche sur la douleur de l'INSERM (recensement 2016)

Coordinateur du réseau : Prof. Radhouane Dallel (Clermont-Ferrand).

Unité / Equipe	Responsable
Equipe Relations Glie-Neurone INSERM U1215 Neurocentre Magendie, Bordeaux	Stéphane OLIET
Equipe Mécanismes centraux de sensibilisation à la douleur CNRS UMR 5297, Bordeaux	Marc LANDRY
Equipe Pharmacologie Fondamentale et Clinique de la Douleur INSERM UMR / UCA 1107 Neuro-Dol, Clermont-Ferrand	Denis ARDID
Equipe Douleur Trigéminal et Migraine INSERM UMR / UCA 1107 Neuro-Dol, Clermont-Ferrand	Radhouane DALLEL
Centre de Pharmacologie Clinique INSERM CIC 1405, Clermont-Ferrand	Claude DUBRAY
Equipe Stress et Interactions Neuro-Digestives INSERM U836-UJF-CEA-CHU (SIND, EA3744), Grenoble	Bruno BONAZ
Equipe Intégration centrale de la douleur – NeuroPain, INSERM U1028, Lyon & St Etienne	Luis GARCIA-LARREA
Equipe Spécification de l'hétérogénéité du système nerveux somato-sensoriel CNRS UMR 6216, Marseille	Aziz MOQRICH
Equipe Canaux Ioniques et Transduction Sensorielle CNRS UMR 7682, Marseille	Patrick DELMAS
Equipe Développement et Physiopathologie du système sensori-moteur INSERM U 1051, Montpellier	Jean VALMIER & Patrick CAROLL
Equipe Canaux calciques et physiopathologie de la nociception CNRS UMR 5203 – INSERM U1191, Montpellier	Emmanuel BOURINET
Equipe Nouvelles familles de canaux ioniques CNRS UMR5203, INSERM U1191, Montpellier	François RASSENDREN
Equipe Neurorécepteurs, dynamiques et fonctions CNRS UMR 5203 – INSERM U1991, Montpellier	Jean-Philippe PIN & Laurent PREZEAU
Equipe Canaux Ioniques et Douleur CNRS UMR 7275, Valbonne (Nice)	Eric LINGUEGLIA
Département d'Evaluation et Traitement de la Douleur (DETD) CHU de Nice, Nice	Michel LANTERI-MINET
Equipe Douleur et inflammation, INSERM UMR 788, Le Kremlin Bicêtre (Paris)	Dan BENHAMOU
Physiopathologie et Pharmacologie Clinique de la Douleur INSERM U987, CETD Boulogne-Billancourt (Paris)	Didier BOUHASSIRA
Equipe Douleur, Neuroinflammation et Stress CNRS UMR 894, Paris	Luis VILLANUEVA
Equipe Douleur chronique : approche anatomo-fonctionnelle et traitements CNRS UPR 3212, Strasbourg	Michel BARROT
Equipe Neurophysiol et Neuropsychol du Vieillessement Normal et Pathol CNRS UMR 7364, Strasbourg	André DUFOUR
Département de Médecine Translationnelle et Neurogénétique CNRS – INSERM, Illkirch-Graffenstaden (Strasbourg)	Claire GAVERIAUX-RUFF
Equipe RCPG, douleur et inflammation CNRS UMR 7242, Illkirch-Graffenstaden (Strasbourg)	Frédéric SIMONIN
Equipe Déterminants Moléculaires de la Douleur CNRS UPR 3212, Strasbourg	Pierrick POISBEAU
Equipe Signalisation nociceptive dans la moelle épinière CNRS UPR 3212, Strasbourg	Rémy SCHLICHTER
Equipe Physiopathologie de l'épithélium intestinal INSERM U1220, CHU-Purpan, Toulouse	Nathalie VERGNOLLE
Unité de Neurogastroentérologie Toxalim INRA, Toulouse	Vassilia THEODOROU

Les publications de recherche fondamentales dans les journaux à forte visibilité internationale (voir plus haut) sont issues à 81 % des équipes du RNRD-INSERM. Cela représente également les deux tiers (63 %) des articles publiés dans les meilleurs journaux de la spécialité. Ceci permet de montrer que le RNRD-INSERM, à quelques exceptions près, couvre largement les recherches sur la douleur en France. Au vu de ces travaux, 9 villes Françaises se détachent comme des centres d'excellence avec 95 % de la production scientifique : Paris (Boulogne-Billancourt), Clermont-Ferrand, Lyon (Saint-Etienne), Strasbourg (Illkirch), Toulouse, Montpellier, Marseille, Bordeaux, Nice.

3. Les centres d'investigations cliniques (CIC)

Parmi les maillons de la recherche clinique en France, les Centres d'Investigation Clinique (CIC) ont pour vocation de fédérer la recherche clinique au sein des hôpitaux en réunissant les potentiels existants et en proposant des innovations propres à améliorer les projets locaux en qualité et en quantité. Les points forts de cette structuration associent des établissements hospitalo-universitaires, les Universités, la Direction de Recherche Clinique des Hôpitaux et le soutien méthodologique aux projets de recherche clinique du site impliqué. Les CIC sont gouvernés par une double tutelle, la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère de la Santé et des Sports et l'Inserm. Les modules de CIC répartis en « plurithématique », « Epidémiologie Clinique », « Innovations Technologiques », « Intégrés en Biothérapies », mettent à disposition des investigateurs les compétences et les moyens nécessaires à l'investigation des volontaires sains et des patients. Les investigateurs en douleur peuvent se rapprocher du CIC de leur hôpital pour une aide méthodologique pour leurs projets académiques. Les 36 CIC français ont également une mission de formation à la recherche clinique et en santé des médecins, pharmaciens et des professions paramédicales et une mission d'animation de la recherche clinique dans les CHU. En France, le CIC-Inserm 1405 plurithématique de Clermont-Ferrand est, avec 18 lits, le seul CIC français ayant une thématique prioritaire en neurosciences et douleur. Dès sa conception, il s'est équipé spécifiquement pour étudier la douleur et les analgésiques, et un lien translationnel fort existe avec l'UMR NeuroDol 1107 et avec les CETD français. Du fait de sa spécialisation dans le domaine de la douleur, le CIC 1405 pilote également des projets académiques qui, pour des raisons logistiques, se déroulent sur d'autres sites hospitaliers (analgésie postopératoire/obstétricale, douleur neuropathique, douleur liée au cancer). Ainsi, plusieurs études nationales sur la douleur ont été coordonnées à partir du CIC : l'étude EDONIS sur la prévalence de la douleur neuropathique post-opératoire, l'étude Antagonistes NMDA, l'étude OKAPI sur la kétamine, en collaboration avec 30 CETD.

Le Comité National de Coordination de la Recherche (CNCR) représente la valence «recherche» des établissements hospitaliers et est devenu, en 2015, la Coordination Nationale des Etablissements Publics de Santé en matière de Recherche et d'Innovations médicales. En collaboration avec la Fédération Hospitalière de France et Aviesan, il développe des forums portant sur «la recherche & l'innovation en santé» et met à l'honneur, en mai 2017, « La lutte contre la douleur à l'hôpital : nouveaux modes de prise en charge et nouveaux traitements ».

Recherche en Douleur

La recherche en psychopathologie et en neuropsychologie de la douleur

Sophie BAUDIC¹, Raphaël MINJARD²

¹ Hôpital Ambroise Paré, Inserm U987 / CETD, Boulogne-Billancourt

² Hôpital de la Croix Rousse, CETD, Lyon

1. Quels axes pour la recherche ?

La recherche en psychopathologie clinique et en neuropsychologie se fonde au creux de la rencontre entre patients et psychologues au sein des structures de la douleur, de manière transversale dans les services ou unités hospitaliers. Elle regroupe différents courants théoriques et pratiques comme la psychopathologie psychodynamique, l'hypnothérapie, les thérapies cognitives et comportementales. Les recherches émergeant de questionnements cliniques des psychopathologues ont lieu en partant d'un cas princeps ou de groupes de patients. Elles s'effectuent au travers de l'exercice quotidien des psychologues dans le contexte singulier de l'entretien clinique et de l'espace pluriprofessionnel. L'entretien clinique (1) est le dispositif expérimental créé pour la prise en charge et l'évaluation des patients seuls ou en groupe. Il permet la mise en œuvre des conditions d'émergence et le saisissement des processus psychiques. La psychopathologie du somatique – comme approche visant une compréhension raisonnée de la souffrance psychique – et la psychosomatique, sont les assises théoriques des recherches qui visent à développer des connaissances sur les articulations psyché soma. Elles proposent une approche et une compréhension des processus en jeu dans l'intrasubjectivité et dans l'intersubjectivité.

Le psychologue spécialisé en neuropsychologie, s'intéresse au fonctionnement cognitif des patients douloureux chroniques, mais aussi à l'implication des troubles cognitifs dans les mécanismes de chronicisation de la douleur, à l'émergence des troubles émotionnels et comportementaux induits par les altérations cognitives. Des altérations qui retentissent de manière importante sur la prise en charge médicale et psychologique du patient.

2. Quels lieux pour la recherche en psychopathologie de la douleur ?

Les recherches actuelles en psychopathologie et douleur se développent au sein des hôpitaux, en collaboration avec des Centres de Recherche Universitaires dans le cadre de Master recherche, de thèses ou de travaux avancés d'enseignants chercheurs. Elles sont parfois financées par des bourses d'études ou des subventions provenant des fondations mais elles sont la plus part du temps effectuées **aux frais des psychologues**.

3. La SFETD et la recherche en psychologie

Il existe au sein de la SFETD : une commission recherche à laquelle participe 2 psychologues cliniciens et une neuropsychologue ; des universités d'automne en séminaire annuel qui réunissent 18 psychologues sur deux jours, qui proposent des enseignements relatifs à la psychopathologie et la douleur et nourrissent la réflexion de la recherche. La commission professionnelle des psychologues de la SFETD, soutenue par la SFETD, cherche par des initiatives originales (des colloques, des groupes de travail) à faire émerger une dynamique de recherche et à stimuler les professionnels en poste et les étudiants.

4. Les initiatives originales et régionales de la SFETD

Des initiatives originales se sont développées avec succès : le Café Psycho sur l'île de France ; le Groupe Régional des Psychologues Douleur du Nord Pas de Calais qui fonctionne depuis plus de 7 ans, publie ou communique sur ses travaux. Le Groupe Clinique Douleur de la région lyonnaise, à l'initiative du correspondant régional SFETD, réunit depuis 4 ans toutes les 6 semaines, des psychologues autour de cas complexes ouvrant sur des questions fondamentales de recherche en psychopathologie. Les journées Inter-Universitaires « Psychologie et Douleur » ou les journées du Collectif PsyRéa permettent aux psychologues de présenter et de travailler leurs thématiques de recherches en douleur. D'autres projets sont en train de voir le jour comme le « e-groupe douleur » (groupe de travail de la commission professionnelle des psychologues de la SFETD) qui offre la possibilité de partage de cas complexes sur le plan psychopathologique dans un dispositif de maillage national ou la création d'espaces d'échanges et de recherches transdisciplinaires au travers des activités du collectif PsyRéa centrés notamment sur l'articulation douleur et réanimation.

5. Les thématiques de recherches actuelles en psychopathologie de la douleur

- **Recherche en psychopathologie**

Porte sur l'étude et la compréhension des processus psychodynamiques sous-jacents aux douleurs chroniques et traite notamment des aspects pathologiques des processus représentatifs et de symbolisation dans différentes affections telles que l'endométriose, les problématiques narcissiques identitaires (2). Des recherches sont en cours sur l'articulation entre psychopathologie et douleur, sur les enjeux de la remise en mouvement et sur la filiation (3). Les recherches sur douleur et transsexualité s'intéressent aux enjeux de la transformation pour le sujet, notamment en ce qui concerne la place et le vécu de la douleur dans cette histoire (ancienne et actuelle). Les recherches portent également sur les dispositifs à médiation individuelles ou de groupe ainsi que sur l'évaluation thérapeutique ou/et psychologique et la douleur (4).

- **Recherche en hypnothérapie**

Elle concerne les aspects psychologiques liés aux douleurs chez les patients drépanocytaires en prise en charge hypnothérapeutique. (5, 6, 7, 8)

- **Recherche en thérapie cognitive et comportementale**

Porte sur l'étude des processus et apports des thérapies de méditation en pleine conscience pour les patients douloureux chroniques. (9)

- **Recherche transversales ou pluriprofessionnelles**

Des recherches se développent sur le Syndrome Douloureux Régional Complexe et la pathomimie ainsi que la prise en charge de la douleur et les risques de chronicisation en réanimation ainsi que sur les douleurs induites par les soins de réanimation.

- **Recherche en neuropsychologie**

La recherche développée en neuropsychologie de la douleur couvre différents axes : l'évaluation des effets au long cours de la stimulation magnétique transcrânienne répétées (rTMS) sur le fonctionnement des patients atteints de fibromyalgie (10), nouveaux facteurs de risque cognitifs et émotionnels de survenue de la douleur chronique postopératoire (11, 12,13), rôle de la flexibilité cognitive dans les stratégies d'ajustement psychologique du patient douloureux, y compris les stratégies de régulation des émotions. Ces dernières recherches sont en cours de réalisation au niveau national et européen. Tous ces projets de recherche ont en commun d'envisager différemment la prise en charge du patient douloureux chronique pour en améliorer les effets.

La recherche en psychopathologie de la douleur

Points forts

- Défend et argumente la spécificité de la psychopathologie de la douleur
- Situe la douleur comme un prototype des interrogations en psychopathologie du somatique
- Permet le développement et l'enrichissement de filières d'enseignement spécifique à la douleur
- Permet d'ancrer la recherche dans la pratique des SDC et réciproquement
- Permet de développer de nouveaux dispositifs d'accompagnement et de soins des patients tant sur le plan individuel que groupal.

Risques

- Le manque de financement décourage les professionnels à poursuivre des recherches.
- Uniformisation des financements et indifférenciation des approches (psychodynamique, hypnose, TCC, neuroscientifiques...)
- Penser les recherches en sciences humaines sur des modalités médicales

Propositions

- Soutenir les appels à projets dans le champ des science humaines
- Soutenir la visibilité de la dimension douleur dans les appels à projets connexes (oncologie, neurologie, hématologie, pédiatrie...)
- Favoriser les conventions entre les SDC, les universités publiques et privées et les structures de recherche
- Valoriser les recherches transnationales et transdisciplinaires
- Favoriser la diffusion des propositions de recherche auprès des structures de terrain
- Définir une politique de financement claire et accessible de la recherche

Références bibliographiques

1. Attigui P et Chouvier B, (2016) « L'entretien clinique, Paris, Armand Colin 2ème Ed.»
2. Barfety-Servignat V (2016) La pathomimie. Du secret au sacrifice du corps, une histoire à montrer ? *Douleurs*, 17, 296-305
3. Barfety-Servignat V (2016) De mère à fille, une douleur sans fin, congrès SFETD 2016
4. Minjard R, Duplan B., (2016) «Évaluer sa pratique de psychologue clinicien auprès des patients douloureux chroniques» in *Douleur et Analgésie*, Septembre, Vol 29, Paris, Lavoisier
5. Bioy, A. (2015, sous presse). L'hypnothérapie. In A. Untas, C. Bungener & C. Flahault (Ed). *Interventions psychothérapeutiques dans les maladies somatiques. Accompagner les patients et leurs proches*. Paris: DeBoeck.
6. Bioy, A., Célestin-Lhopiteau, I. (2014). *Aide-mémoire d'hypnothérapie et d'hypnose médicale*. Paris : Dunod. Préface de Gaston Brosseau.
7. Bioy A (2013) Regard clinique autour de l'incertitude en douleur chronique. In: Barruel F, Bioy A. *Du soin à la personne – clinique de l'incertitude*. Dunod, Paris, 189-198
8. Bioy, A. (2012). Hypnose et douleur : connaissances actuelles et perspectives. *Revue médicale suisse*, 347, 1399-1403
9. C., Douilliez; J., Rivière; Dupont, M Le patient perfectionniste, un patient idéal? Vers une prise en charge transdiagnostique du perfectionnisme in : Monestès J.L., ; Baeyens, C (Ed.): *L'Approche Transdiagnostique en Psychopathologie. Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*. p. 120–146, 2016, ISBN: 978-2-10-075028-3.
10. Baudic S, Attal N, Mhalla A, Ciampi de Andrade D, Perrot S, Bouhassira D. Unilateral repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex does not affect cognition in patients with fibromyalgia. *J Psychiatr Res*. 2013;47(1):72-7.
11. Attal N, Masselin-Dubois A, Martinez V, Jayr C, Albi A, Fermanian J, Bouhassira D, Baudic S. Does cognitive functioning predict chronic pain? Results from a prospective surgical cohort. *Brain*. 2014;137(Pt 3):904-17
12. Masselin-Dubois A, Attal N, Fletcher D, Jayr C, Albi A, Fermanian J, Bouhassira D, Baudic S. Are psychological predictors of chronic postsurgical pain dependent on the surgical model? A comparison of total knee arthroplasty and breast surgery for cancer. *J Pain*. 2013; 14(8):854-64.
13. Baudic S, Jayr C, Albi-Feldzer A, Fermanian J, Masselin-Dubois A, Bouhassira D, Attal N. Effect of alexithymia and emotional repression on postsurgical pain in women with breast cancer: a prospective longitudinal 12-month study. *J Pain*. 2016;17(1):90-100.

Recherche en Douleur

La recherche en soins infirmiers

Jean Michel GAUTIER

CHRU, Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon, Montpellier

La recherche est présente dans la réglementation des programmes de formation des infirmières depuis plusieurs années. L'idée de la recherche, comme activité utile à la pratique, a été particulièrement diffusée en France à partir des années 1970. Depuis cette période, le développement de la recherche s'est plutôt fait par des initiatives individuelles ou de groupes professionnels restreints. Ces initiatives ont contribué à la promotion de la recherche et à sa diffusion, mais il n'y a pas de véritable structuration de la recherche dans le champ professionnel. Aujourd'hui, la recherche en soins infirmiers se structure sous l'effet de plusieurs phénomènes congruents : les perspectives d'évaluation des pratiques professionnelles et de soins fondés sur des résultats probants, la volonté de reconnaissance des compétences professionnelles, le financement spécifique de projets de recherche infirmière (Programme Hospitalier de Recherche Infirmière en 2009, puis Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale en 2010), l'évolution des possibilités de formation spécifique dans des contextes universitaires, une appétence pour penser les soins et travailler de façon transdisciplinaire.

La douleur est une thématique souvent retrouvée dans les projets de recherche soumis au PHRIP. Dix-huit projets ont été financés depuis sa mise en place. Ils ont trait en majorité à la douleur induite par les soins et l'utilisation des méthodes non médicamenteuses. Pour autant, plusieurs projets sont portés par des équipes infirmières issues de SDC. Ils concernent la douleur neuropathique, la lombalgie, le Syndrome Douloureux Régional Complexe.

PHRIP et douleur	
2010	<ul style="list-style-type: none">• Douleur et musicothérapie lors de la réfection de pansement chez les patients artériels de stade IV – <i>CHU Limoges</i>• Impact de l'hypnose sur le soulagement de la douleur induite par les pansements en gynécologie ambulatoire – <i>CHU Angers</i>• Etude prospective, randomisée sur l'impact de mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique par neurostimulation chez les patients lombalgiques - <i>Hôpital Foch Paris</i>
2011	<ul style="list-style-type: none">• Le vécu douloureux de l'enfant de moins de trois ans lors du retrait de la poche collectrice d'urines aux urgences : <i>CHU Limoges</i>• Efficacité du toucher relationnel dans la prise en charge des patients douloureux chroniques en hôpital gériatrique : <i>AP-HP</i>• Mesure des effets d'un programme d'ETP caritatif versus prise en charge standard de la douleur du patient recevant un traitement morphinique dans un service d'oncologie médicale : <i>AP-HM</i>• Essai clinique randomisé évaluant un programme interdisciplinaire de prévention de l'épaule hémiplegique douloureuse en phase précoce post Accident Vasculaire Cérébral dans une Unité NeuroVasculaire : <i>CHU Bordeaux</i>

2012	<ul style="list-style-type: none"> • Étude d'une thérapie non médicamenteuse, complémentaire au traitement habituel pour les douleurs induites par le retrait du drain aspiratif (type Redon) chez l'enfant de 7 à 17 ans en chirurgie pédiatrique : <i>CHU Limoges</i> • Intérêt de l'association de deux techniques complémentaires, l'hypnose et la neurostimulation électrique transcutanée dans la prise en charge des douleurs neuropathiques périphériques chroniques et/ou nociceptives non cancéreuses : essai randomisé : <i>AP-HP</i>
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de l'efficacité du regroupement fœtal en association avec la succion d'une tétine avec eau stérile sur la douleur lors d'un prélèvement capillaire chez le grand prématuré : <i>AP-HP</i>
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention de la douleur provoquée par la pose de sonde oro-gastrique (SG) en néonatalogie grâce à l'utilisation d'une tétine de biberon : <i>CH Sud Francilien</i> • Etude de l'impact d'une prise en charge ostéopathe, thérapie complémentaire au traitement habituel sur la douleur des patientes opérées d'un cancer du sein : <i>Hospices Civils de Lyon</i>
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure des propriétés psychométriques de trois outils d'évaluation de la douleur chez le patient neurolésé intubé de réanimation : <i>CHU Montpellier</i> • Efficacité et tolérance d'un programme d'apprentissage d'exercices d'auto-rééducation par Thérapie-miroir dans le Syndrome Dououreux Régional Complexe du membre supérieur : une étude ouverte randomisée multicentrique : <i>CHU St Etienne</i> • Intérêt de l'hypnose sur la qualité de vie des patients atteints de neuropathies périphériques chroniques chimio-induites : <i>CHU Strasbourg</i> • Impact du site de prélèvement capillaire sur la douleur du nouveau-né grand prématuré : <i>AP-HM</i>
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité d'un dispositif ludique alliant froid et vibrations sur la prévention de la douleur induite par les soins chez l'enfant en centre de vaccinations : étude comparative, contrôlée, randomisée, multicentrique. <i>CHU Nantes</i> • Impact d'une rééducation incluant ou non la pose d'un bandage contensif Moberm® sur l'œdème de la main dans le cadre d'un syndrome douloureux régional complexe de type I. <i>CHU Limoges</i>

Outre le PHRIP, il existe d'autres appels à projet accessibles aux infirmiers et autres paramédicaux. Ceux-ci émanent d'associations, de fondations, ou de sociétés savantes. Citons par exemple la Fondation de France (Programme « Soigner, soulager, accompagner : projets de recherche sur la douleur »), la Fondation APICIL en partenariat avec la SFETD (<http://www.sfetd-douleur.org/appels-doffre-sfetd>).

Points forts

- Développement de la recherche en soins et l'universitarisation de la formation infirmière

Propositions

- Valorisation des travaux de recherche infirmière lors du congrès national de la SFETD.
- Promouvoir la recherche infirmière au travers de la Commission Recherche de la SFETD

Conclusions

Le livre blanc de la douleur 2017, un livre blanc pour tous les citoyens

Le livre blanc de la douleur 2017 confirme que la douleur, pathologie transversale et universelle, est un défi majeur pour le système de santé du 21^e siècle, un défi pour notre démocratie sanitaire. Ce livre blanc, développé par la SFETD, société scientifique des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la douleur, aidée par les associations de patients partenaires, montre la réalité de la douleur en France, les forces et les faiblesses de la prise en charge, de la formation et de la recherche, pour proposer les améliorations qui s'imposent.

L'injonction de la Loi de santé 2016 pour mieux prendre en compte mais aussi en charge la douleur illustre que l'ambition des pouvoirs publics sur cet enjeu demeure et doit être concrétisée. La loi de modernisation du système de santé 2016 a ainsi mis en avant la douleur au premier plan des préoccupations des professionnels de santé :

- dès l'article 1, en promouvant la prévention collective et individuelle des maladies et de la douleur, tout au long de la vie ;
- dans l'article 68 en indiquant l'importance de la coordination des soins visant à soulager la douleur, le médecin traitant pouvant assurer le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur
- dans l'article 96, en soulignant le rôle majeur de l'équipe de soins pour le soulagement de la douleur et la nécessaire coordination des différents actes.

LA SFETD dans le document présenté ici propose de mettre en place, dès 2018, des mesures concrètes qui permettront de répondre aux défis identifiés par le livre blanc 2017 de la douleur :

1. Maintenir et consolider le rôle des centres spécialisés dans la prise en charge de la douleur chronique qui se sont développés au cours des vingt dernières années et ont fait la preuve de leur efficacité

Avant tout, préserver l'existant en grand danger actuel. Le risque de la fermeture de structures confrontées au manque de moyens médicaux et financiers est grand. Dans ce cadre, il faut en priorité préserver les postes de médecins de la douleur ainsi que des professionnels paramédicaux et psychologues, et pérenniser les financements obtenus.

Développer de nouvelles structures spécialisées pour répondre aux besoins croissants, notamment pour les populations vulnérables, en gériatrie, en santé mentale et en situation de handicap.

2. Renforcer la formation de tous les professionnels de santé à la prise en charge de la douleur

Reconnaître enfin la médecine de la douleur comme une authentique spécialité et créer une vraie discipline de la médecine de la douleur, avec une formation de 3^e cycle de médecine spécialisée, en IFSI, en formation de psychologues, de kinésithérapeutes, de tous les professionnels de santé.

3. Impliquer davantage les acteurs de premier recours, les médecins généralistes et les pharmaciens, dans l'accompagnement des patients douloureux

Valoriser le parcours de soins des patients atteints de douleurs chroniques : la douleur, et notamment la douleur chronique, est une vraie maladie qui justifie une coordination et une coopération multi-professionnelle des soins, en ville comme à l'hôpital et entre les deux. La douleur chronique est une maladie chronique transversale, qui se prête à une innovation en termes de coordination et de financement des soins chroniques.

4. Améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences, en médecine ambulatoire mais aussi l'accessibilité à cette prise en charge dans tout le territoire, en particulier par les nouvelles technologies

Il est nécessaire de garantir que la prise en charge de la douleur soit intégrée dans la réorganisation des systèmes de soins, qui connaît des évolutions importantes aujourd'hui, en particulier le virage ambulatoire et la réhabilitation précoce.

A ce titre, la e-santé, la télémédecine peuvent permettre d'améliorer l'accès aux structures de la douleur, de réduire les inégalités et les déserts médicaux.

5. Développer des campagnes de prévention de la douleur, au travail, en chirurgie ou encore liée aux soins

Mieux prévenir les douleurs chroniques et leur impact en proposant un dépistage et une prise en charge précoce des facteurs de chronicisation, ainsi que des plans de prévention au travail.

6. Développer la reconnaissance des approches non médicamenteuses de la douleur et de l'éducation thérapeutique du patient

La prise en charge de la douleur fait appel à des nombreuses approches, souvent globales. Les approches complémentaires sont souvent utilisées par les patients, et devraient faire l'objet d'évaluation, de valorisation en vue d'une intégration dans une vision moderne des soins.

L'éducation thérapeutique du patient est actuellement un élément majeur de la prise en charge des maladies chroniques, elle permet une meilleure qualité de vie, une meilleure sécurité des soins et une approche moderne de la relation avec les personnes douloureuses.

7. Améliorer les situations de prise en charge pour les populations les plus vulnérables

Il convient notamment d'améliorer la prise en charge de la douleur en pathologie mentale dans les établissements psychiatriques, ainsi qu'en EHPAD.

8. Soutenir et reconnaître les personnes douloureuses et leurs proches

Les personnes douloureuses ne doivent plus être stigmatisées. La douleur est invisible, mais elle détruit, isole, fragilise. Reconnaître la douleur chronique comme une vraie maladie, aider et accompagner les proches impactés par cette souffrance, est une réponse éthique, qui démontre une vision moderne de la maladie et du soin.

9. Développer la recherche translationnelle en impliquant tous les acteurs

La recherche fondamentale française en douleur est une recherche de qualité, reconnue internationalement. Des liens doivent se faire avec les cliniciens pour développer une recherche translationnelle.

En conclusion, alors que la lutte contre la douleur doit constituer un des socles de la médecine et du soin du 21^e siècle, la conduite de telles mesures permettra de concrétiser l'ambition d'en faire une priorité de la politique de santé. Il est du devoir de nos dirigeants et tutelles d'écrire un nouveau chapitre de la lutte contre la douleur, et de la SFETD de les orienter vers ces neuf axes de propositions.

La SFETD et les associations de patients partenaires appellent les pouvoirs publics à concrétiser cette ambition grâce à la mise en place d'un programme d'action de lutte contre la douleur, et ce dès l'année 2018. Ce programme devra mettre en place les mesures concrètes, à même de répondre aux enjeux sanitaire, sociaux, de recherche et d'enseignement. Ces mesures étant essentiellement structurelles, leur mise en œuvre ne nécessitera pas forcément des financements supplémentaires de la part de l'Etat.

La douleur est transversale, concerne tout le monde, patients comme soignants, et constitue par là-même une situation qui doit servir d'exemple pour développer une médecine accessible à tous, démocratique, éthique et de qualité.

