



APPEL DE ONZE ORGANISATIONS DE PROFESSIONNELS DE SANTE ET DE PATIENTS POUR DONNER UN NOUVEL ELAN A LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Passer d'un parcours d'errance à un parcours de soinsⁱ

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

Elle fait partie du quotidien de millions de Français : 20% de la population souffre de douleur chronique modérée à sévère¹.

Elle constitue un fardeau lourd voire intolérable pour les personnes concernées pour qui elle peut être source de handicap², d'inactivité, d'isolement social et de souffrances physiques et morales intenses : près d'un patient douloureux sur trois estime que la douleur est parfois tellement forte qu'il ressent l'envie de mourir.

Son impact médico-économique est massif : la douleur est ainsi le premier motif de consultation tant dans les services d'urgence que chez le médecin généraliste, ce qui correspond à un surcoût annuel de 1,2 milliard d'euros³.

Pourtant, la douleur n'est pas reconnue à la hauteur du fardeau qu'elle représente pour les patients et la société. Sa prise en charge chez les patients concernés est souvent insuffisante, voire absente du parcours de soins. Un patient souffrant de douleur chronique accède à un centre spécialisé en moyenne cinq ans après les premières douleurs.

Onze organisations de sociétés savantes, de professions de santé et de patients lancent un appel pour redonner un nouvel élan à la prise en charge de la douleur, et reconnaître la douleur comme un enjeu déterminant pour notre système de santé, nécessitant un parcours de soins consolidé.

Cela passe par la mise en **place d'actions concrètes** permettant d'inscrire le parcours de soins douleur dans **une nouvelle vision**, à la hauteur des défis à relever :

1) Une vision intégrée :

Le défi : La prise en charge de la douleur nécessite de faire coopérer les multiples professionnels de santé (médecins généralistes, médecins des différentes spécialités – oncologues, urgentistes, rhumatologues, neurologues, gériatres, médecins de médecine physique et de réadaptation, psychiatres, anesthésistes-réanimateurs, radiologues, médecins du travail- pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, etc.) impliqués dans la prise en charge du patient douloureux dans la durée, à toutes les étapes du parcours de soins. Or, aujourd'hui, le parcours du patient douloureux est émaillé de multiples ruptures. Il est essentiel de quitter un parcours d'errance pour un véritable parcours de soin et de suivi. Cela passe par la sensibilisation et la coordination accrue de l'ensemble des acteurs impliqués, en vue de leur donner les compétences et capacités requises pour garantir une prise en charge adaptée.

¹ Livre Blanc Douleur, SFETD, 2017

² Définition de Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé : les déficiences, les limitations de l'activité et restrictions à la participation. (source : site de l'OMS : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>)

³ Livre Blanc Douleur, SFETD, 2017

Nos propositions d'actions :

- **Renforcer, pour tous les professionnels de santé concernés, la formation en matière d'évaluation et de prise en charge** de la douleur sur l'ensemble du parcours de soins, s'appuyant sur un socle de connaissances commun.
- **En particulier, valoriser les consultations médicales de prise en charge de la douleur** dont la durée est largement supérieure à la moyenne car elles demandent que s'établisse un dialogue de confiance au travers d'un échange approfondi.
- **Renforcer le rôle et le fonctionnement des réseaux de soins et structures spécialisées, en vue de garantir** une prise en charge intégrée et adaptée aux patients douloureux. Cela passe notamment par le renforcement de leurs actions coopératives, leur visibilité, des moyens d'y accéder et par l'information des patients sur ces structures.
- **Soutenir le développement de dispositifs visant à renforcer les coordinations** interprofessionnelles, ainsi que la coordination hôpital-ville.

2) Une vision préventive

Le défi : Dans nos sociétés, la douleur est encore souvent perçue comme une fatalité, un mal inévitable. Or, l'émergence d'une douleur, et sa chronicisation, répondent à des facteurs de risques. Ceux-ci sont identifiés, mais méconnus : par exemple, les opérations chirurgicales, sources de douleurs post-opératoires, les situations de handicap ou polyhandicap, induisant des soins réitérés douloureux pour les patients, ou les douleurs aiguës qui, non soignées, tendent à revenir et à se répéter. Un travail de sensibilisation de la douleur doit être mené auprès des acteurs de santé, des structures médico-sociales, mais également du monde professionnel particulièrement exposé au risque de douleur chronique, notamment en lien avec les troubles musculosquelettiques.

Nos propositions d'actions :

- **Consolider l'intégration de la prévention** de la douleur dans les protocoles de soins pouvant être source de douleurs, en particulier en post-chirurgie et **dans la prise en charge des situations de handicap ou de polyhandicap**, par exemple via la transmission au patient, lors de sa sortie, des documents informatifs adaptés.
- **Davantage impliquer les professionnels de santé de première ligne et les acteurs médico-sociaux dans les stratégies de prévention de la douleur et de sa chronicisation.**
- Renforcer **le rôle du médecin du travail** en vue d'améliorer la prévention effective de la douleur dans le monde professionnel.
- **Développer la recherche** pour mieux comprendre les mécanismes de la douleur et renforcer l'efficacité de la prévention et de la prise en charge.

3) Une vision participative :

Le défi : La douleur est, par essence, subjective. « Il n'y a pas une douleur, mais des douleurs, et la façon dont un homme ressent la douleur physique, indépendamment de sa durée, relève de sa perception et de sa sensibilité au moment où elle survient »⁴. Elle est, à ce titre, difficilement appréhendable par les professionnels de santé, par l'entourage et parfois par les patients eux-mêmes. Méconnue, complexe à évaluer, la douleur est alors silencieuse, c'est-à-dire tue, sous-estimée et subie par la personne touchée. L'écoute du patient et de son ressenti, le renforcement de sa capacité à être acteur de sa prise en charge, doit être le fil conducteur du parcours de soins du patient douloureux. En particulier, tout acteur de soins doit dans un premier temps tout mettre en œuvre pour comprendre l'origine de la douleur du patient, en vue de définir un traitement spécifique et non pas générique

Nos propositions d'actions :

- **Systématiser** le recours aux outils d'évaluation de la douleur, notamment pour les douleurs silencieuses.
- **Accompagner les patients** dans la compréhension des mécanismes de la douleur et dans leur responsabilisation en matière de prise en charge.
- **Renforcer les stratégies et outils d'évaluation et d'accompagnement spécifiquement adaptés aux patients en situation de handicap ou polyhandicap**, chez qui la douleur peut être particulièrement difficile à exprimer ou à évaluer.
- **Améliorer l'accès des patients douloureux aux antalgiques** adaptés à leur état, en observant les recommandations et bonnes pratiques liées au bon usage de ces médicaments.

4) Une vision protectrice :

Le défi : La douleur est source de handicap⁵ important pour les patients : 2 patients sur 3 sont directement handicapés par la douleur dans leurs activités physiques, leur sommeil, et dans leurs activités hors du domicile. Un patient douloureux sur deux se sent fatigué en permanence et ne peut vivre normalement, éprouvant des difficultés à développer ou à maintenir une vie sociale normale⁶. **Les populations vulnérables (personnes âgées, en situation de handicap ou polyhandicap, etc.) sont particulièrement touchées**. C'est pourquoi la prise en charge de la douleur doit d'inscrire dans un parcours de vie, incluant un accompagnement social adapté au patient pour lui garantir le plus d'autonomie et réduire les risques de dégradation liés à sa condition.

Nos propositions d'actions :

- **Développer la reconnaissance du statut de personne handicapée** pour les patients douloureux en situation complexe.
- **Consolider les modalités de prise en charge de la douleur pour les populations les plus vulnérables**, personnes handicapées, publics atteints de pathologie mentale, en établissements psychiatriques, ainsi qu'en EHPAD.

⁴ Gaillard Martine, 2003. Les enjeux de la prise en charge de la douleur, les enjeux éthiques de l'accès aux soins dans ce domaine

⁵ Définition de Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

⁶ Painstory (Pain study tracking on going responses for a year). Septembre 2009.

5) Une vision mobilisatrice :

Le défi : La France a longtemps été pionnière dans la lutte contre la douleur, au travers de la mise en œuvre de trois plans d'action successifs, qui ont abouti à des avancées concrètes. Mais, depuis 2012, cette dynamique s'est significativement essoufflée. La mobilisation conjointe de tous les acteurs impliqués, patients, professionnels de santé et communauté politique est impérative pour donner à la stratégie de lutte contre la douleur l'ambition et les moyens à la hauteur des enjeux à traiter.

Notre proposition d'action : faire de la lutte contre la douleur, sous tous ses aspects, une priorité de la politique de santé du gouvernement sur le quinquennat et au-delà, conformément aux articles L.1411-1, L. 4130-1 et L. 1110-12 du Code de Santé Publique et à leur application.



Avec le soutien institutionnel de



ⁱ Plaidoyer rédigé sur la base des contributions d'un Comité scientifique co-animé par le Pr. Serge Perrot, Président de la SFETD et le Pr. Gisèle Pickering, Représentante de l'EFIC en France, et composé des experts suivants : Françoise ALLIOT-LAUNOIS, Vice-Présidente de l'AFLAR, Pr BONNET Francis, Administrateur de la SFAR, Dr. Françoise LAROCHE, Représentante de la SFR, Dr. Françoise CAPRIZ, Représentante de la SFGG, Marie-Christine FABRE, Patiente, membre de l'AFLAR, Philippe GAERTNER, Président de FSPF, Dr. Stéphane LANDAIS, Secrétaire général de la CSMF, Dr Patricia RIBINIK, Secrétaire générale de la SOFMER ; Dr. Agnès RICARD-HIBON, Présidente de la SFMU, Pr François RANNOU, Secrétaire Scientifique Adjoint de la SOFMER, Carole ROBERT, Présidente de Fibromyalgie France, Pr. Yves ROQUELAURE, Médecin du travail à Angers, Catherine SEBIRE, Directrice de l'AFVD, Pr Eric VIEL, Administrateur de la SFAR.