

ENTENDRE LA DOULEUR.

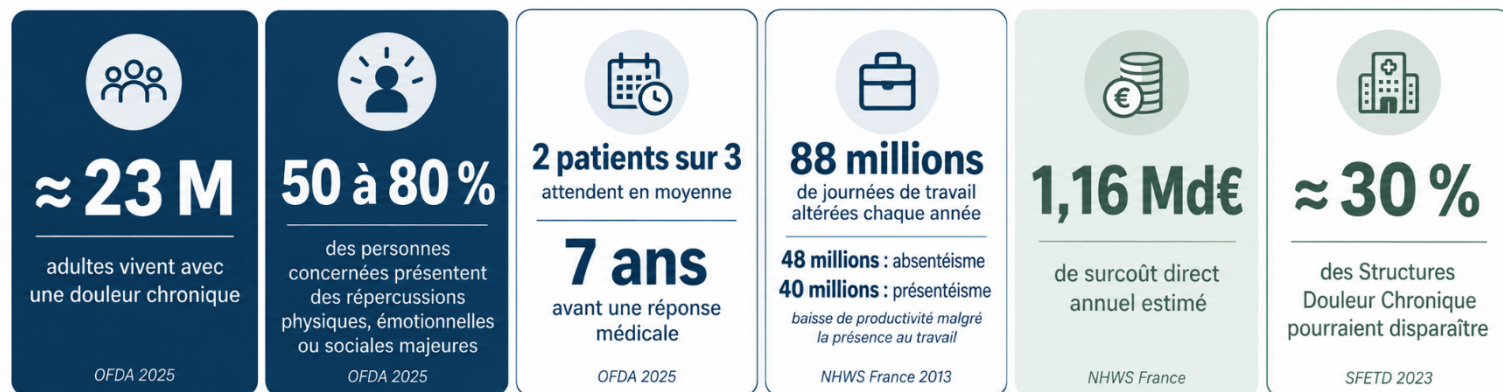
Reconnaître le handicap
invisible, agir sans attendre.

LES PROPOSITIONS DU COLLECTIF FRANCE DOULEUR
POUR UNE STRATÉGIE NATIONALE 2027-2032.



SYNTHESE EXECUTIVE

ESSENTIEL DU MANIFESTE DU COLLECTIF FRANCE DOULEUR



La douleur chronique est une douleur persistante, continue, récurrente ou intermittente qui évolue depuis plus de 3 mois¹. Souvent réduite à un symptôme, il s'agit pourtant d'un enjeu majeur et multidimensionnel.

C'est d'abord, un enjeu sanitaire : **près de 23 millions de Français** vivent avec une douleur chronique qui, bien qu'invisible, dégrade leur qualité de vie, leur autonomie, leur sommeil, leur santé mentale, leur vie sociale et professionnelle, et peut devenir invalidante.

C'est aussi un enjeu économique, au regard du coût pour la collectivité, estimé à plus d'**1,2 milliard d'euros par an**² incluant les dépenses de soins, les arrêts de travail, la perte de productivité et l'invalidité associée à la douleur.

C'est, enfin, un enjeu sociétal, **tant la douleur chronique est profondément inégalitaire**. Les populations vulnérables sont ainsi particulièrement exposées : personnes âgées, en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques, populations précaires, isolées ou vivants dans des territoires sous-dotés, sans oublier les femmes et les populations pédiatriques.

Pourtant, parce qu'elle n'est pas visible, la douleur reste aujourd'hui déconsidérée et les patients, pas entendus. Moins d'un patient sur trois voit sa situation s'améliorer et, pour certaines pathologies douloureuses, **l'errance diagnostique et thérapeutique peut se prolonger pendant plusieurs années**³. Faute de stratégie dédiée depuis 2010, les inégalités territoriales, sociales, de genre et d'âge se creusent. **Près de 30 % des structures douleur chronique** pourraient disparaître.

Face à ce constat alarmant, le Collectif France douleur s'est créé autour d'une ambition commune : **faire de la douleur chronique une priorité nationale de santé publique au cours du prochain quinquennat, afin de donner aux millions de personnes concernées les moyens de « mieux vivre » avec leur douleur, en réduisant son retentissement, en préservant leur autonomie et leurs capacités fonctionnelles et en leur permettant de poursuivre, autant que possible, leurs projets familiaux, sociaux, scolaires et professionnels.** Au travers de ce manifeste, le Collectif a formalisé 7 propositions en faveur d'une politique de prise en charge de la douleur ambitieuse, efficace et structurée.

¹ Définition de la douleur chronique retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-11, 2019)

² Estimation citée par les organisations signataires de la feuille de route « Améliorer la prise en charge de la douleur en France » (2020-2021) : surcoût de l'ordre de 1,2 milliard d'euros par an.

³ Les situations douloureuses chroniques recouvrent des réalités très diverses. La classification internationale CIM-11 distingue notamment les **douleurs chroniques primaires** (dont la fibromyalgie et certaines douleurs musculosquelettiques diffuses), les **douleurs liées au cancer**, les **douleurs persistantes post-chirurgicales ou post-traumatiques**, les **douleurs neuropathiques**, les **céphalées et douleurs oro-faciales**, les **douleurs viscérales**, notamment pelviennes, et les **douleurs musculosquelettiques**. Pour plusieurs de ces pathologies, une errance diagnostique de plusieurs années est documentée : **7 ans en moyenne pour l'endométriose ; 7,5 ans en moyenne entre les premières crises et le diagnostic de migraine ; enfin, dans la fibromyalgie, un délai moyen d'environ 6,4 ans avant le diagnostic.**

Nos organisations portent notamment les 3 demandes suivantes :

- 1) Mettre en place, dès 2027, une **stratégie nationale douleur chronique 2027**, pilotée par le ministère de la Santé, en lien avec les autres Ministères concernés, financée, territorialisée et co-construite avec les professionnels, les associations et les territoires. **Afin de donner à cette priorité la visibilité politique et sociétale nécessaire, la douleur chronique devra également être labellisée Grande Cause nationale en 2028 ;**
- 2) **Pérenniser et renforcer le maillage des Structures Douleur Chronique et fixer un objectif national d'accès à une première évaluation de la douleur par un professionnel qualifié dans un délai maximal de 3 mois pour les patients dont la situation le nécessite ;**
- 3) **Reconnaître l'algologie comme une spécialité à part entière**, disposant d'un parcours de formation structurés, de postes et d'une reconnaissance hospitalo-universitaire.

NOS 7 PROPOSITIONS

AXE I – RECONNAÎTRE, PRÉVENIR, REPÉRER

1. *Faire de la douleur chronique une priorité nationale dans une stratégie 2027-2032.*
2. *Renforcer la prévention et le repérage précoce, et informer le public, les patients et les professionnels.*

AXE II – GARANTIR DES PARCOURS ACCESSIBLES, COORDONNÉS ET ÉQUITABLES

3. *Consolider les Structures Douleur Chronique, garantir un accès équitable et une prise en charge de qualité.*
4. *Organiser des parcours gradués, lisibles et coordonnés entre ville, hôpital, médico-social, travail et milieu scolaire.*
5. *Garantir un parcours thérapeutique adapté, du soin de proximité à l'expertise spécialisée.*

AXE III – DONNER AUX ACTEURS LES MOYENS D'AGIR

6. *Former massivement les professionnels et reconnaître l'algologie comme discipline structurée.*
7. *Soutenir la recherche, l'innovation, les données et l'évaluation, en y associant les patients.*

« La douleur chronique constitue un enjeu majeur de santé publique, économique et sociétal. Pourtant, malgré son ampleur et ses conséquences, elle demeure encore trop souvent sous-estimée, insuffisamment reconnue et reléguée au second plan. Il est nécessaire et urgent d'en faire une priorité politique à part entière, à la hauteur des besoins des patients. »

« En France, près de **23 millions d'adultes** vivent avec une douleur chronique. Il s'agit d'une douleur persistante, intermittente ou récurrente, évoluant depuis plus de trois mois.

Derrière ce chiffre, il y a des vies empêchées. Pour beaucoup, la douleur épuise, isole et désorganise la vie familiale, sociale et professionnelle. Elle peut devenir un véritable handicap. Dans ses formes les plus invalidantes, la douleur affecte le sommeil, la mobilité, l'image de soi, la vie familiale, la scolarité, l'emploi et le rapport à l'avenir. Elle se traduit par des consultations répétées, des examens multiples, des arrêts de travail prolongés, des aménagements de poste, des reconversions contraintes, parfois même, une précarisation. Elle peut également, en l'absence de prise en charge adaptée, être source de mésusage. Elle pèse aussi sur les proches aidants. Les impacts économiques sont massifs, de plus d'un milliard d'euros par an selon les dernières données disponibles. Malgré l'ampleur de ses répercussions, la douleur chronique reste encore trop souvent insuffisamment reconnue : invisible, fluctuante et difficile à objectiver, elle ne peut être pleinement appréhendée qu'à travers la parole de la personne qui la vit.

D'OU UNE DOUBLE PEINE : VIVRE AVEC LA DOULEUR, ET DEVOIR SANS CESSER LA JUSTIFIER.

La France a pourtant été pionnière dans la prise en charge de la douleur. Depuis la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades, toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Notre pays a longtemps fait figure de pionnier, avec trois plans nationaux successifs entre 1998 et 2010. Plus récemment, la **stratégie décennale de l'accompagnement et des soins palliatifs** et le parcours de santé défini par la HAS ont réaffirmé l'importance de la prévention et de la prise en charge de la douleur. De même, la mise en place d'un plan de gestion de la douleur est un prérequis pour obtenir la certification des établissements de santé pour la qualité des soins par la haute autorité de santé.

Mais cette dynamique ne s'inscrit plus dans une **stratégie nationale dédiée** à la hauteur des besoins.

Trop de personnes restent confrontées à une errance médicale prolongée. L'accès aux structures spécialisées demeure fortement contraint. Les délais peuvent dépasser plusieurs mois et restent inégaux en fonction des territoires, et la HAS souligne que l'orientation y intervient encore trop tardivement. **Trop de personnes témoignent de situations de minimisation ; pourtant, la bien-veillance, la décision partagée, la prise en compte du vécu doivent être au cœur de leur prise en soins.**

IL Y A URGENCE A AGIR.

Face à ce constat, 12 organisations représentatives des professionnels de santé, des sociétés savantes, des associations d'usagers et du secteur industriel ont constitué le **Collectif France Douleur**, sous l'égide de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD). À travers cette initiative, nous portons une ambition commune : faire de la douleur chronique une **priorité nationale de santé publique et obtenir le déploiement d'une stratégie nationale dédiée 2027-2032, interministérielle**, financée, territorialisée, évaluée et construite avec les personnes concernées.

Ce manifeste appelle les décideurs publics, les institutions, les professionnels, les associations et l'ensemble de la société à un changement d'échelle. La douleur chronique doit être reconnue pour ce qu'elle est : un enjeu de santé, de dignité, d'autonomie, de qualité de vie, d'égalité d'accès aux soins,

de maintien dans l'emploi et de cohésion sociale. **Un tel défi appelle à une réponse politique et collective. C'est ensemble qu'il faut désormais agir ! »**

Les membres du Collectif France Douleur.

Organisations membres



Avec le soutien de



LA DOULEUR, UN FARDEAU SOCIÉTAL ET SANITAIRE QUI APPELLE À UNE MOBILISATION URGENTE

À la différence de la **douleur aiguë**, signal d'alarme utile et transitoire face à une lésion ou une menace, la **douleur chronique** est une douleur persistante, continue, récurrente ou intermittente qui évolue depuis plus de trois mois⁴. Elle peut être liée à une pathologie identifiée, à un traitement, à une intervention chirurgicale, ou persister sans cause clairement objectivable. ***Longtemps réduite à un simple symptôme, voire à une fatalité, elle n'a plus cette seule fonction d'alerte : elle est désormais reconnue par l'OMS, dans la CIM-11, comme une entité diagnostique à part entière et, pour de nombreux patients, comme une maladie en tant que telle, dotée de ses propres codes de diagnostic.***

Elle recouvre néanmoins des réalités cliniques très diverses, qu'aucune approche ne saurait réduire à un profil unique de patient : **douleurs musculo-squelettiques (36 % des cas), céphalées (33 %), douleurs abdominales (15 %) et douleurs neuropathiques (12 %)** d'après le baromètre OFDA 2025⁵. Leurs origines, leur intensité et leur évolution diffèrent radicalement d'une situation à l'autre, tout comme leurs conséquences sur la qualité de vie, l'autonomie, l'emploi et la participation sociale.

UNE MALADIE FREQUENTE, LES POPULATIONS VULNERABLES PLUS EXPOSEES.

42 % de la population adulte, soit près de 23 millions de personnes, sont atteintes de douleur chronique en France⁶. Au-delà de la prévalence globale, certaines populations sont particulièrement exposées : les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes atteintes de maladies chroniques, celles présentant des troubles cognitifs, psychiques ou de communication, ainsi que les personnes précaires, isolées ou vivant dans des territoires sous-dotés.

Les femmes apparaissent particulièrement exposées à la douleur. Dans le Baromètre de la douleur 2025 de l'OFDA, issu de l'enquête PREVADOL menée auprès de 11 940 adultes, **57 % des personnes identifiées comme vivant avec une douleur chronique sont des femmes, contre 43 % d'hommes**⁶. Cette surreprésentation féminine est également retrouvée dans une enquête Odoxa publiée en 2026 : **52 % des femmes déclarent ressentir régulièrement des symptômes douloureux, contre 28 % des hommes**, en dehors des douleurs menstruelles. Ces écarts concernent notamment les troubles musculosquelettiques, les céphalées et les douleurs gastro-intestinales⁷.

La douleur pédiatrique demeure elle aussi un enjeu important, encore insuffisamment documenté en France. À l'échelle internationale, une méta-analyse publiée en 2024, estime à **20,8 % la prévalence globale de la douleur chronique avant 20 ans, soit environ un enfant ou adolescent sur cinq**⁸. Les auteurs soulignent également les conséquences fonctionnelles associées à la douleur chronique pédiatrique, notamment sur la qualité de vie, la santé psychologique, les relations sociales et l'absentéisme scolaire.

UNE MALADIE DE LA DOUBLE PEINE AUX CONSEQUENCES SOUVENT INVISIBLES MAIS MAJEURES ET MULTIDIMENSIONNELLES

Parce qu'elle est subjective, fluctuante et souvent peu visible de l'extérieur, la douleur chronique peut être difficile à faire comprendre et reconnaître. Une méta-synthèse retrouve ainsi, parmi les

⁴ Définition de la douleur chronique retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-11, 2019)

⁵ Observatoire Français de la Douleur et des Antalgiques (OFDA) – Fondation ANALGESIA, Baromètre de la douleur 2025 – Enquête PREVADOL ([lien](#))

⁶ Observatoire Français de la Douleur et des Antalgiques (OFDA) – Fondation ANALGESIA, Baromètre de la douleur 2025 – Enquête PREVADOL ([lien](#))

⁷ Enquête Odoxa – Les Français, les Françaises et la douleur ([lien](#))

⁸ Chambers CT, Dol J, Tutelman PR, et al. The prevalence of chronic pain in children and adolescents: a systematic review update and meta-analysis. *Pain*. 2024;165(10):2215-2234. doi:10.1097/j.pain.0000000000003267.

dimensions communes de l'expérience des personnes vivant avec une douleur chronique, son caractère « **invisible mais réel** », mais aussi l'altération de l'image de soi et l'imprévisibilité du quotidien⁹. Cette invisibilité peut également nourrir des phénomènes de stigmatisation : une revue publiée en 2024 montre que celle-ci est fréquemment rapportée par les personnes vivant avec une douleur chronique et qu'elle est associée à davantage de handicap et de symptômes dépressifs¹⁰. **À la douleur elle-même peut ainsi s'ajouter une seconde épreuve : devoir continuellement faire reconnaître ses conséquences.**

Ce handicap est pourtant bien réel et objectivable. Selon le **Baromètre de la douleur 2025 de l'OFDA**, **36 % des personnes vivant avec une douleur chronique présentent un impact modéré à sévère de la douleur**, témoignant d'un retentissement fonctionnel important. Plus de la moitié rapportent des répercussions sur le sommeil, la mémoire ou la mobilité ; la fatigue et les symptômes anxieux ou dépressifs sont également fréquents, et **la moitié présente une qualité de vie physique et/ou mentale altérée**¹¹. La douleur chronique affecte ainsi bien davantage que la seule dimension physique : **elle peut progressivement limiter les activités quotidiennes, les relations sociales, l'autonomie et la capacité à se projeter.**

Chez les enfants et les adolescents, la douleur chronique peut également perturber fortement la scolarité. Une revue systématique portant sur 2 963 enfants et adolescents âgés de 5 à 18 ans estime qu'ils manquent en moyenne **13,3 jours de classe sur une période de 60 jours scolaires**, soit environ **22 % du temps scolaire**¹². Ainsi, le retentissement de la douleur chronique peut commencer dès l'enfance et compromettre la continuité du parcours scolaire.

Le retentissement de la douleur s'étend également à **la vie professionnelle**. Les personnes concernées ne sont pas seulement des patients : ce sont aussi des **travailleurs, des parents et des citoyens**, pour lesquels la douleur peut compromettre le maintien dans l'emploi, entraîner des arrêts répétés, nécessiter des aménagements de poste ou conduire, dans les situations les plus sévères, à une désinsertion professionnelle.

En France, l'enquête **National Health and Wellness Survey (NHWS)**, menée auprès de plus de 15 000 adultes et publiée en 2013, estimait que la douleur était associée à **88 millions de journées de travail altérées chaque année**, dont **48 millions du fait de l'absentéisme** et **40 millions du fait du présentéisme**, soit une baisse de productivité malgré la présence au travail¹³. Dans un champ plus spécifique, l'étude **ECONEP**, consacrée aux patients présentant des douleurs neuropathiques, rapportait que **45 % étaient concernés par des arrêts de travail**, pour une durée cumulée moyenne supérieure à quatre mois par an¹⁴.

À l'échelle européenne, l'impact de la **douleur chronique d'intensité modérée à sévère** apparaît tout aussi important. Dans l'étude de référence de Breivik et al., auprès de 4 839 personnes présentant une douleur chronique, **61 % déclaraient être moins capables ou incapables de travailler en dehors de leur domicile**. Pour certains, les conséquences allaient jusqu'à modifier durablement leur trajectoire professionnelle : **19 % avaient perdu leur emploi en raison de leur douleur**, **16 % avaient dû changer de responsabilités** et **13 % changer d'emploi**¹⁵. La douleur chronique constitue ainsi, au-delà de son retentissement sanitaire, un véritable enjeu de **maintien dans l'emploi, de prévention de la désinsertion professionnelle et de participation sociale.**

⁹ Crowe M, Whitehead L, Seaton P, et al. Qualitative meta-synthesis: the experience of chronic pain across conditions. *J Adv Nurs*. 2017;73(5):1004-1016. doi:10.1111/jan.13174

¹⁰ Hickling LM, Allani S, Cella M, Scott W. A systematic review with meta-analyses of the association between stigma and chronic pain outcomes. *Pain*. 2024;165(8):1689-1701. doi:10.1097/j.pain.0000000000003243

¹¹ OFDA – Fondation ANALGESIA. Baromètre de la douleur 2025

¹² Norton J, Southon N. Exploring the Prevalence of Pediatric Chronic Pain and School Absenteeism for Therapists Working in Schools: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2021;41(3):227-243. doi:10.1080/01942638.2020.1836705

¹³ Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschaliér A, Langley P, Pomerantz D, Ganry H. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. *Douleurs*. 2013;14(2):57-66. doi:10.1016/j.douleur.2012.12.014

¹⁴ Lantéri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. 6^e Congrès de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), Nantes, 17 novembre 2006

¹⁵ Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 2006;10(4):287-333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009

Ces conséquences peuvent également, chez certains patients, s'inscrire dans des **mécanismes d'auto-entretien de la douleur et du handicap**. La crainte de déclencher ou d'aggraver la douleur peut favoriser la peur du mouvement, l'hypervigilance et les comportements d'évitement. La réduction progressive des activités et le déconditionnement qui peuvent en découler contribuent alors à entretenir les limitations fonctionnelles et le handicap associés à la douleur chronique¹⁶.

Les impacts de la douleur chronique ne concernent pas uniquement les patients mais **affectent également les proches**. Ceux-ci peuvent être amenés à apporter une aide dans les activités quotidiennes, à adapter l'organisation familiale ou à assurer un soutien émotionnel important. Une revue systématique consacrée aux aidants de personnes souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques met en évidence les répercussions de cet accompagnement sur leur propre vie et leur bien-être¹⁷. La HAS souligne elle-même l'impact de la douleur chronique sur l'entourage et la nécessité, dans certaines situations, d'associer les aidants et la famille au parcours de prise en charge.

L'ampleur et la diversité de ces répercussions montrent que la douleur chronique ne peut être appréhendée à travers sa seule intensité. Ses conséquences sur l'autonomie, les activités quotidiennes, la scolarité, l'emploi, la vie sociale ou encore l'entourage doivent être prises en compte au même titre que la douleur elle-même. L'enjeu est ainsi de **repérer précocement les facteurs susceptibles d'en favoriser la chronicisation et d'en majorer le retentissement**, puis d'adapter la prise en charge aux besoins, aux capacités et aux objectifs de vie de chaque personne. C'est précisément le sens de l'approche recommandée par la HAS : une prise en charge **biopsychosociale, le plus souvent réadaptative, multimodale et inscrite dans la durée**, visant non seulement à ramener la douleur à un niveau acceptable, mais surtout à **améliorer l'état fonctionnel, réduire le handicap et restaurer la qualité de vie**, afin de permettre à la personne de préserver ou de retrouver autant que possible ses activités quotidiennes, sociales, scolaires ou professionnelles¹⁸. **Autrement dit, dans la douleur chronique, traiter la douleur ne suffit pas : il faut aussi agir sur tout ce qu'elle empêche de vivre !**

UN IMPACT ECONOMIQUE SIGNIFICATIF, ENCORE INSUFFISAMMENT DOCUMENTE

Au-delà de ses conséquences humaines et sociales, la douleur représente un **poids économique important pour le système de santé et la collectivité**. Le **Livre blanc de la douleur de la SFETD (2017)** souligne que les douleurs chroniques génèrent des coûts directs et indirects importants, tout en rappelant le faible nombre d'études françaises permettant d'en mesurer précisément le fardeau¹⁹.

Les données disponibles illustrent néanmoins l'ampleur de ces coûts. L'étude **ECONEP**, spécifiquement consacrée à des patients présentant des **douleurs neuropathiques**, estimait notamment les dépenses annuelles liées aux hospitalisations à environ **7 000 € par patient dans le secteur privé et 14 500 € à l'hôpital public**, auxquelles s'ajoutaient les traitements médicamenteux, non médicamenteux et les examens complémentaires^{19,20}. Ces résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des personnes vivant avec une douleur chronique, mais témoignent du coût élevé que peuvent atteindre certaines prises en charge les plus complexes.

À une échelle plus large, l'enquête française **National Health and Wellness Survey (NHWS)** menée auprès de plus de 15 000 adultes a montré que les personnes déclarant une douleur recouraient près de **deux fois plus fréquemment aux professionnels de santé** que celles n'en déclarant pas. L'extrapolation réalisée par les auteurs aboutissait à **72,2 millions de consultations supplémentaires**

¹⁶ Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-332. doi:10.1016/S0304-3959(99)00242-0

¹⁷ Smith T, Fletcher J, Lister S. Lived experiences of informal caregivers of people with chronic musculoskeletal pain: a systematic review and meta-ethnography. *Br J Pain*. 2021;15(2):187-198. doi:10.1177/2049463720925110

¹⁸ Haute Autorité de santé. *Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. Guide et fiche parcours de soins*, version validée par le Collège de la HAS le 12 décembre 2024.

¹⁹ Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD). *Livre blanc de la douleur 2017. État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen*. Paris : SFETD ; 2017, pp. 39-40

²⁰ Lantéri-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

par an ; valorisées au tarif et au taux de remboursement alors en vigueur, elles représentaient un **surcoût direct estimé à 1,163 milliard d'euros par an**²¹. Cette estimation, fondée sur des données de 2010 et portant sur la **douleur au sens large, et non exclusivement sur la douleur chronique**, doit aujourd'hui être considérée comme un ordre de grandeur historique plutôt que comme une estimation actuelle du coût national.

À ces dépenses de soins s'ajoutent les conséquences économiques liées à l'activité professionnelle. Les **lombalgies liées au travail** illustrent particulièrement ce poids : selon l'Assurance Maladie, elles représentaient en 2017 environ **20 % des accidents du travail**, étaient responsables de **12,2 millions de journées de travail perdues** et généraient **plus d'un milliard d'euros de coûts directs annuels** pour la branche des risques professionnels²².

Si les méthodes, les populations étudiées et l'ancienneté de ces estimations ne permettent pas de les additionner, elles convergent vers un même constat : **la douleur génère un coût substantiel pour les soins, l'emploi et la protection sociale**. Mieux la repérer, prévenir sa chronicisation et organiser des parcours de prise en charge adaptés constitue donc non seulement un enjeu sanitaire, mais également un enjeu économique et de soutenabilité collective.

UNE REPONSE PUBLIQUE ENCORE INSUFFISANTE MALGRE DES AVANCEES HISTORIQUES

UN STATUT HISTORIQUE DE PIONNIER, QUI SE FRAGILISE

La France s'est historiquement positionnée parmi les pays pionniers dans la reconnaissance et la prise en charge de la douleur. Dès **1995**, la loi a imposé aux établissements de santé de mettre en œuvre les moyens nécessaires à sa prise en charge²³. La **loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades** a ensuite consacré le droit de toute personne à recevoir des soins visant à soulager sa douleur, qui doit être « prévenue, évaluée, prise en compte et traitée »²⁴. Cette reconnaissance juridique s'est accompagnée de **trois plans nationaux successifs**, 1998-2000, 2002-2005 et 2006-2010, qui ont contribué à structurer l'offre spécialisée, renforcer la formation des professionnels et développer les structures dédiées à la douleur chronique²⁵.

Pourtant, **près de 15 ans après la fin du dernier plan douleur, le besoin n'a pas diminué, les données disponibles suggèrent au contraire qu'il s'est fortement accru**. En 2008, l'étude nationale **STOPNEP** estimait que **31,7 % de la population adulte** présentait une douleur quotidienne évoluant depuis plus de trois mois²⁶. En 2025, l'enquête **PREVADOL**, estime désormais à **42 %**, soit environ **23 millions de personnes**, la part de la population adulte vivant avec une douleur présente la plupart du temps depuis plus de trois mois : **plus de 10 points supplémentaires par rapport à la dernière grande mesure nationale**. L'OFDA lui-même considère que ces résultats témoignent d'une dégradation de la situation depuis 2008²⁷.

²¹ Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, Pomerantz D, Ganry H. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. *Douleurs*. 2013;14(2):57-66. doi:10.1016/j.douleur.2012.12.014

²² Assurance Maladie – Risques professionnels. Les lombalgies liées au travail : quelles réponses apporter à un enjeu social, économique et de santé publique ? Collection Santé au travail : enjeux & actions, 2017 ; données 2017 actualisées dans la campagne Assurance Maladie de 2019

²³ Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, art. 31, créant l'ancien article L. 710-3-1 du Code de la santé publique ([lien](#))

²⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ancien art. L. 1110-5 du Code de la santé publique ([lien](#))

²⁵ Ministère chargé de la Santé. La douleur : de quoi parle-t-on ? Trois plans : 1998-2000, 2002-2005 et 2006-2010 ([lien](#))

²⁶ 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):380-387. doi:10.1016/j.pain.2007.08.013

²⁷ OFDA – Fondation ANALGESIA. Baromètre de la douleur 2025 – enquête PREVADOL

Des avancées importantes ont été engagées récemment. La **HAS** a formalisé en décembre 2024 un parcours de santé ville-hôpital gradué en trois niveaux, reposant sur une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire²⁸. La prise en charge de la douleur demeure également pleinement intégrée à la **certification des établissements de santé** : le référentiel 2025 prévoit notamment que le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur, tandis que la fiche pédagogique publiée en 2026 rappelle les exigences d'évaluation, de réévaluation, de coordination et d'amélioration des pratiques²⁹.

La **stratégie décennale des soins d'accompagnement 2024-2034** constitue également une évolution positive : elle comporte explicitement un volet consacré à la douleur, prévoit le développement des Structures Douleur Chronique et le renforcement de la formation et de la recherche en médecine de la douleur³⁰. La **loi du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs** a en outre inscrit dans le Code de la santé publique une stratégie nationale pluriannuelle assortie de financements dédiés et prévoit expressément que les structures spécialisées dans la douleur chronique labellisées par les ARS soient associées à l'accompagnement des malades³¹.

Ces progrès ne comblent toutefois pas l'absence, depuis 2010, d'une **stratégie nationale spécifiquement consacrée à la douleur**. La stratégie décennale actuelle embrasse un champ plus large, structuré autour des soins d'accompagnement et des soins palliatifs, et concerne prioritairement les personnes atteintes de maladies graves, jusqu'à la fin de vie. Elle apporte des réponses utiles à la douleur, mais **ne se substitue pas à une politique publique transversale couvrant l'ensemble de la douleur chronique**, de sa prévention et de son repérage précoce jusqu'à l'organisation des parcours, au maintien dans l'emploi, à la recherche et à la réduction des inégalités territoriales. Face à une prévalence croissante, l'enjeu est donc moins de reconstruire ce qui existe que de **redonner à la douleur une impulsion politique nationale à la hauteur du besoin actuel**.

UN ACCES AUX SOINS COMPLEXE ET INEGALITAIRE

Pour de nombreux patients, l'accès à une prise en charge adaptée reste tardif, complexe et inégal. Il ne dépend pas seulement de l'offre disponible ou de la démographie médicale : il est aussi marqué par des **inégalités territoriales, sociales, liées à l'âge, au genre, au handicap ou aux difficultés de communication**. Faute de repérage précoce, d'une orientation ville-hôpital suffisamment lisible et d'une réponse coordonnée, la douleur peut se chroniciser et entraîner ce retentissement croissant sur la qualité de vie, l'autonomie et l'emploi.

Lorsque l'orientation vers une **Structure Douleur Chronique (SDC)** devient nécessaire, l'accès reste fortement contraint. L'enquête nationale menée par la SFETD auprès de 223 SDC montre que le délai entre la demande de rendez-vous et la première consultation varie de **5 à 730 jours, avec une médiane de 90 jours** ; dans huit régions, le délai moyen dépasse 12 semaines³². Le Baromètre de la douleur 2025 confirme cette difficulté d'accès : seuls **12 %** des personnes vivant avec une douleur chronique déclarent être actuellement prises en charge en SDC et **18 %** l'avoir été par le passé ; **70 % n'en bénéficient donc pas actuellement ou sont en attente**³³.

À ces délais s'ajoutent de fortes **disparités territoriales de ressources** : selon la SFETD, les écarts entre régions atteignent un facteur **2,8 pour les médecins et jusqu'à 5 pour les psychologues et infirmiers**. Cette offre est également fragilisée par les perspectives démographiques : **177 médecins exerçant en SDC sont susceptibles de partir à la retraite prochainement**, faisant craindre la disparition d'environ un tiers des structures en l'absence de renouvellement suffisant³².

²⁸ Haute Autorité de santé. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique ([lien](#))

²⁹ Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins – Référentiel 2025, critère 1.1-05 ; HAS, Évaluation de la prise en charge de la douleur, fiche pédagogique du 6e cycle, janvier 2026 ([lien](#))

³⁰ Ministère chargé de la Santé. Stratégie décennale des soins d'accompagnement 2024-2034 ([lien](#))

³¹ Loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, notamment art. 1, 4 et 5 ; art. L. 1110-9-1 du Code de la santé publique ([lien](#))

³² Martinez V, Dualé C, Dallel R, Rostaing S, et Conseil d'administration de la SFETD. Menaces sur la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique en France : une formation et des structures douleur chronique fragilisées. *Douleur et Analgésie*. 2023;36(1):25-36. doi:10.3166/dea-2022-0254.

³³ OFDA – Fondation ANALGESIA. Baromètre de la douleur 2025 – enquête PREVADOL

Ces difficultés touchent plus fortement encore certaines populations parmi les plus exposées à la douleur. Chez les personnes ne pouvant verbaliser leur douleur, notamment du fait de l'âge ou d'un handicap, son repérage et son évaluation sont particulièrement difficiles et imposent une démarche proactive³⁴. Chez les enfants présentant un handicap neurologique, la littérature montre d'ailleurs que la douleur demeure encore fréquemment **sous-estimée et sous-traitée**³⁵.

Réduire ces inégalités suppose donc d'agir simultanément sur le **repérage précoce, l'organisation des parcours, le maillage territorial et les ressources des SDC**, avec une attention renforcée aux personnes les plus vulnérables. C'est l'une des conditions essentielles d'une stratégie nationale dédiée à la douleur.

UNE QUALITE DE PRISE EN CHARGE A AMELIORER

L'accès aux soins ne garantit pas, à lui seul, une prise en charge satisfaisante. Pour des patients confrontés à une douleur par nature subjective et parfois difficile à objectiver, **l'écoute, la reconnaissance du vécu et la relation de confiance avec les soignants sont essentielles**. La banalisation de la douleur, la remise en cause de la parole du patient ou son insuffisante association aux décisions peuvent accentuer le sentiment d'incompréhension et dégrader le parcours de soins. La **bientraitance, le respect du consentement et la prise en compte de l'expérience du patient** doivent donc constituer des objectifs à part entière. La HAS rappelle à ce titre que toute prise en charge de la douleur chronique doit être élaborée et mise en œuvre **avec l'accord et la participation du patient**³⁶.

En l'absence de réponse adaptée ou face à une errance prolongée, la recherche de soulagement peut également exposer certains patients au recours à des **pratiques non conventionnelles ou à des intervenants dont la qualification et les méthodes ne sont pas toujours garanties**. La Miviludes souligne que le désarroi lié à la maladie constitue un facteur de vulnérabilité face aux dérives thérapeutiques, susceptibles notamment de retarder une prise en charge médicale adaptée³⁷.

Cette situation tient aussi à l'**insuffisante structuration de la formation à la douleur**. La HAS considère encore que la formation des professionnels doit être améliorée, tandis que la SFETD alerte sur la fragilité du renouvellement des professionnels exerçant en SDC. **La médecine de la douleur ne dispose toujours pas d'un diplôme d'études spécialisées (DES) spécifique** : elle est enseignée au troisième cycle principalement dans le cadre d'une **Formation spécialisée transversale (FST) Douleur**. Si la création d'une sous-section universitaire dédiée en 2018 a constitué une avancée, **cette organisation transversale reste moins structurante qu'une spécialité médicale à part entière** pour identifier les parcours professionnels, renforcer leur attractivité et assurer la relève des équipes³⁸.

Enfin, la qualité de la prise en charge repose sur une **approche pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire**. Médecins, infirmiers, psychologues, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et autres professionnels peuvent intervenir à différentes étapes du parcours. La HAS souligne ainsi la nécessité d'une organisation graduée entre la ville, les spécialistes et les SDC, avec une coordination effective entre les acteurs. **Mieux prendre en charge la douleur suppose donc non seulement de disposer de professionnels formés, mais aussi de leur donner les moyens de travailler ensemble autour d'un projet de soins partagé avec le patient.**

³⁴ Haute Autorité de santé. *Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique*. Décembre 2024 ([lien](#))

³⁵ Riquelme I et al. / Commission « déficience intellectuelle et handicap » de la Société française de neurologie pédiatrique. *La douleur chez l'enfant en situation de handicap neurologique : mise au point*. *Archives de Pédiatrie*. 2018

³⁶ Haute Autorité de santé. *Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique* ([lien](#))

³⁷ Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes). *Vos questions les plus fréquentes – Santé* ([lien](#))

³⁸ Martinez V, Dualé C, Dallel R, Rostaing S, Conseil d'administration de la SFETD. *Menaces sur la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique en France : une formation et des structures douleur chronique fragilisées*. *Douleur et Analgésie*. 2023;36(1):25-36. doi:10.3166/dea-2022-0254

NOTRE AMBITION POUR 2027 – 2032

Le Collectif France Douleur porte une conviction simple : la douleur chronique doit enfin être reconnue comme une priorité nationale de santé publique. Cette reconnaissance ne signifie pas médicaliser chaque souffrance, ni orienter systématiquement tous les patients vers des structures spécialisées. **Elle signifie, d'abord, mieux repérer, mieux évaluer, mieux orienter et mieux accompagner chaque personne selon le retentissement de sa douleur, son niveau de complexité et ses besoins réels.**

La France dispose d'acquis précieux : des professionnels engagés, des structures spécialisées, des recommandations de parcours, une expertise reconnue. **Mais ces acquis restent insuffisants face à l'ampleur des besoins.** Sans impulsion politique claire, sans stratégie lisible, sans coordination renforcée et sans moyens dédiés, les délais, l'errance médicale, les ruptures de parcours et les inégalités continueront de s'aggraver.

C'est pourquoi le Collectif appelle à ouvrir une nouvelle étape : **LA MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATEGIE NATIONALE DOULEUR 2027-2032, dédiée, autonome** et construite avec les patients, les professionnels, les associations et les territoires. Cette stratégie doit permettre de passer d'une prise en charge encore trop dispersée à une mobilisation nationale structurée, graduée et durable.

Cette ambition se décline autour de **3 AXES** et **7 PROPOSITIONS**, chacune assortie de leviers d'action, d'acteurs à mobiliser, d'un calendrier 2027-2032 et d'indicateurs de suivi. L'objectif est clair : ***faire de la douleur chronique non plus un angle mort de notre système de santé, mais une priorité pleinement reconnue, organisée et financée.***

AXE I – RECONNAÎTRE, PRÉVENIR, REPÉRER

Proposition

N°1

Faire de la douleur chronique une priorité nationale dans une stratégie 2027-2032

POURQUOI C'EST URGENT

Depuis plus de quinze ans, aucune stratégie nationale dédiée n'a prolongé les trois plans douleur (1998-2010). La douleur n'est abordée que partiellement, sous le prisme d'autres enjeux comme les soins palliatifs. Cette absence d'impulsion a fragilisé l'ensemble de la prise en charge, alors que près de 23 millions de personnes sont concernées.

CE QUE NOUS PROPOSONS

Inscrire la douleur chronique comme priorité de santé publique au moyen d'une stratégie nationale 2027-2032 dédiée, pilotée par le ministère de la Santé, dotée d'objectifs chiffrés, d'un calendrier, de financements identifiés et d'indicateurs publics — et de l'incarner par une **Grande cause nationale 2028**.

LEVIERS D'ACTION :

- Sous l'égide du Ministère de la Santé, **construire, en lien avec les parties prenantes** – représentants de professionnels de santé, société savante, association de patients – **une stratégie nationale pluriannuelle, intégrant l'ensemble des enjeux relatifs à la prise en charge de la douleur**. Cette stratégie, s'appuiera sur des objectifs concrets, un calendrier de mise en œuvre et des financements dédiés. Un comité de pilotage multidisciplinaire devra être constitué pour veiller au bon déploiement du projet et en évaluer l'impact.
- **Articuler cette stratégie avec la loi de programmation des finances publiques 2028-2032 et avec les autres politiques publiques** (santé mentale, cancer, santé des femmes, maladies chroniques, handicap, autonomie) pour garantir la cohérence — sans diluer le message ni mutualiser les moyens.
- **Labelliser la douleur chronique comme Grande cause nationale pour 2028 pour permettre d'incarner la priorité donnée à cet enjeu**. La campagne de communication qui accompagnera ce label sera coconstruite par les associations de professionnels de santé et de patients impliqués sur l'enjeu douleur. Multicanale, elle permettra de porter des messages pédagogiques, adaptées à toutes les cibles, pour briser les idées reçues autour de la douleur.

Acteurs à mobiliser

Premier ministre ; ministère de la Santé ; ministère chargé de l'Autonomie et des Personnes handicapées ; Assurance maladie ; complémentaires santé ; CESE ; Comité interministériel du handicap ; ARS ; associations de patients ; sociétés savantes et professionnels ; industriels.

Calendrier 2027- 2032

2027 : cadrage, gouvernance, financement, indicateurs. 2028 : Grande cause nationale et campagne. 2029-2032 : déploiement, suivi, évaluation

Indicateurs de suivi

Adoption d'une feuille de route interministérielle ; installation du comité de pilotage ; budget pluriannuel sanctuarisé ; obtention du label Grande cause 2028.

Proposition N°2

Renforcer la prévention et le repérage précoce, et informer le public, les patients et les professionnels

POURQUOI C'EST URGENT

De nombreuses douleurs chroniques résultent de facteurs de risque identifiables — interventions médicales ou chirurgicales, maladies chroniques et soins répétés, contextes de stress prolongé ou situations de vie éprouvantes. Faute d'information, elles s'installent en silence : **des signes simples d'alerte existent pourtant, qui permettraient aux personnes concernées de consulter plus tôt, avant que la douleur ne devienne un cercle vicieux.** Agir en amont suppose donc d'informer le grand public comme de mieux outiller les professionnels de santé, les structures médico-sociales et les secteurs les plus exposés, premiers maillons du repérage et de l'orientation.

CE QUE NOUS PROPOSONS

Passer d'une logique réactive à une logique de **repérage précoce, de prévention et d'orientation rapide**, en s'appuyant sur les canaux et rendez-vous existants plutôt qu'en créant de nouveaux dispositifs.

LEVIER D'ACTION :

- **Intégrer l'évaluation de la douleur dans les outils de prévention existants.** À titre d'exemple, un questionnaire simple, reposant sur une seule question de dépistage, pourrait être systématiquement proposé dans le cadre des bilans de prévention aux âges clés de la vie. Les outils développés ou co-construits avec les représentants de patients devraient être privilégiés. Il conviendrait également de renforcer le rôle du médecin du travail ou du médecin scolaire, en intégrant plus systématiquement des messages de prévention de la douleur lors des consultations.
- **Intégrer une évaluation systématique de la douleur dans le suivi des maladies chroniques, ainsi que dans certaines situations cliniques** (douleurs post-opératoires, iatrogènes ou encore séquellaires) pour proposer des stratégies de prise en charge adaptées et prévenir la chronicisation de la douleur chez le patient.
- **Cibler le repérage précoce des douleurs chez les populations à risque** (diabète, cancer, maladies neurologiques, neuropathies périphériques), en s'appuyant sur des outils validés tels que le questionnaire DN4.
- **Sensibiliser au-delà du soin : informer le grand public sur les signes évocateurs** (sur le modèle des campagnes de gestes barrières) et sensibiliser les employeurs pour adapter l'organisation du travail aux personnes douloureuses — détection, connaissance, adaptation de la société.

Acteurs à mobiliser

DGS ; DGOS ; HAS ; Assurance maladie ; médecine du travail, médecin scolaire ; employeurs ; médecins généralistes et professionnels de premier recours ; sociétés savantes ; associations de patients.

Calendrier 2027- 2032

2027 : conception des outils et messages. 2028 : campagne nationale (Grande cause). 2029-2032 : intégration aux bilans de prévention et au suivi des maladies chroniques.

Indicateurs de suivi

Part des bilans de prévention intégrant une question douleur ; notoriété de la campagne ; délai moyen avant la première orientation.

AXE II – GARANTIR DES PARCOURS ACCESSIBLES, COORDONNÉS ET ÉQUITABLES

Proposition N°3

Consolider les structures douleur chronique, garantir un accès équitable et une prise en charge de qualité

POURQUOI C'EST URGENT

Les Structures Douleur Chronique (SDC) sont un maillon essentiel pour les situations complexes, mais font face à des tensions croissantes : démographie médicale défavorable, postes précaires, manque d'attractivité, financements inadaptés à une prise en charge chronophage et pluriprofessionnelle. Le délai d'attente s'étend parfois jusqu'à 730 jours, et près de 30 % des structures pourraient disparaître à l'avenir.

D'autre part, ces structures, malgré leur rôle essentiel dans la prise en charge de la douleur, restent **méconnues, ce qui complexifie l'adressage des patients** qui pourraient légitimement en bénéficier.

CE QUE NOUS PROPOSONS

Sanctuariser et renforcer le maillage des SDC, garantir un accès équitable sur le territoire, **fixer un délai maximal de trois mois** pour une première évaluation lorsque l'état le justifie, et faire de la **qualité et de la bientraitance** un objectif à part entière.

LEVIERS D'ACTION :

- **Renforcer la capacité des professionnels de premier recours à évaluer, prendre en charge et orienter les patients douloureux**, en mettant à leur disposition des outils simples d'évaluation, des critères d'orientation partagés et des ressources opérationnelles régulièrement actualisées : annuaire des Structures Douleur Chronique (SDC), parcours d'adressage lisibles, ressources numériques et dispositifs de téléexpertise. L'objectif est de permettre une prise en charge adaptée en proximité et de réserver le recours aux SDC aux situations qui le nécessitent.
- **Concrétiser rapidement la création et le renforcement de Structures Douleur Chronique et de plateformes interventionnelles**, en sécurisant voire en augmentant leurs financements et leurs ressources médicales, paramédicales et psychologiques. Une attention particulière devra être portée aux structures les plus fragiles et aux territoires sous-dotés afin de préserver et renforcer le maillage territorial.
- Fixer, dans le cadre de la stratégie nationale douleur 2027-2032, **un objectif national de délai maximal de trois mois pour une première évaluation en SDC**, assorti d'un pilotage régional fondé sur des indicateurs harmonisés : délais de première consultation, file active, nouvelles demandes, capacités de prise en charge et ressources disponibles. Ce suivi devra permettre d'identifier les situations de tension, d'adapter les moyens et de prioriser les patients les plus complexes ou vulnérables.

Acteurs à mobiliser

DGOS ; ARS ; Assurance maladie / CPAM ; professionnels exerçant en SDC ; associations de patients.

Calendrier 2027- 2032

2027 : état des lieux du maillage et des délais, sécurisation des financements. 2028-2030 : déploiement des nouvelles structures, objectif délai. 2031-2032 : évaluation et pérennisation.

Proposition N°4

Organiser des parcours gradués, lisibles et coordonnés ville - hôpital - médico-social - travail

POURQUOI C'EST URGENT

Le parcours du patient douloureux **se heurte au cloisonnement ville-hôpital** : chacun travaille en silo, alors qu'une coopération entre SDC, équipes de soins primaires, pharmaciens, infirmier(e)s et acteurs médico-sociaux est indispensable, y compris pour le maintien dans l'emploi.

CE QUE NOUS PROPOSONS

Construire un **parcours gradué et lisible**, du repérage à l'expertise, où chaque acteur sait quand et comment orienter, en cohérence avec le parcours HAS.

LEVIERS D'ACTION :

- **Développer des outils de coopération et de partage** entre ville et structures douleur (astreintes téléphoniques entre infirmier(e)s libéraux et de SDC, réunions de concertation intégrant les libéraux, téléexpertise pour un lien permanent).
- **Articuler les parcours douleur avec les filières neurologiques spécialisées.** Pour de nombreux patients atteints de neuropathies périphériques, l'articulation entre expertise neurologique et expertise douleur est déterminante : organiser le lien entre les SDC, les neurologues, les centres experts neuromusculaires et les centres de référence maladies rares, afin d'éviter les ruptures de parcours et les pertes de chance.
- **Renforcer le rôle des professionnels de premier recours : développer et valoriser des consultations douleur en ville** (généralistes ou spécialistes formés), et **mieux former les soins primaires** pour assurer le suivi des patients pris en charge en SDC. S'appuyer sur les pharmaciens et les infirmier(e)s, acteurs du quotidien, ainsi que sur les MSP et CPTS.
- **Développer la téléexpertise** pour maintenir un lien permanent entre les SDC et les professionnels de soins primaires en difficulté avec leur patient
- **Reconnaître la douleur chronique comme facteur de handicap dans les démarches MDPH (Maison départementale des personnes handicapées), RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) et le maintien dans l'emploi** : documenter les limitations fonctionnelles, sensibiliser les équipes médico-sociales, simplifier les démarches et fonder l'évaluation sur l'impact réel (fluctuation, intensité, épuisement) plutôt que sur une liste de maladies

Acteurs à mobiliser

HAS ; ARS ; CPTS, MSP et dispositifs territoriaux d'appui ; médecins généralistes et paramédicaux ; pharmaciens ; infirmier(e)s ; professionnels de SDC ; neurologues et centres de référence / centres experts maladies rares ; MDPH ; médecine du travail et scolaire ; associations de patients.

Calendrier 2027- 2032

2027 : cartographie des parcours et outils de coopération. 2028-2030 : déploiement territorial et reconnaissance MDPH/RQTH. 2031-2032 : évaluation des ruptures de parcours.

Indicateurs de suivi

Taux de patients suivis dans un parcours coordonné ; délai ville / SDC ; nombre d'actes de téléexpertise ; reconnaissance du retentissement dans les démarches MDPH/RQTH.

Proposition N°5

Garantir un parcours thérapeutique adapté, du soin de proximité à l'expertise spécialisée

POURQUOI C'EST URGENT

La prise en charge repose sur une approche **multimodale, graduée et individualisée** — médicaments (sous réserve d'une prescription adaptée et d'une vigilance sur le mésusage), interventions non médicamenteuses (activité physique adaptée, kinésithérapie, approches psychocorporelles, TCC, éducation thérapeutique) et, pour les situations réfractaires, techniques interventionnelles spécialisées (neurostimulation médullaire, rTMS, analgésie intrathécale). Mais l'accès reste hétérogène : il faut distinguer l'**accès de proximité** aux approches non médicamenteuses, que le numérique et la téléexpertise peuvent renforcer dans les zones sous-dotées, de l'**accès d'expertise** aux plateformes interventionnelles régionales.

CE QUE NOUS PROPOSONS

Structurer une offre thérapeutique **lisible, coordonnée et équitablement accessible**, en distinguant clairement l'offre de proximité de l'offre d'expertise et en garantissant l'orientation précoce des patients éligibles aux techniques spécialisées — afin que chacun bénéficie d'une stratégie adaptée à son profil et à l'évolution de sa douleur.

LEVIER D'ACTION :

- **Développer les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)**, à l'hôpital mais aussi au sein des structures de soins primaires, afin de renforcer les capacités des patients à comprendre, prévenir et mieux gérer leur douleur au quotidien.
- **Mieux faire connaître et promouvoir auprès du grand public les approches non médicamenteuses dont le bénéfice est démontré**, telles que l'activité physique adaptée, les thérapies cognitivo-comportementales, la kinésithérapie, certaines approches psychocorporelles ou l'éducation thérapeutique, afin d'en faciliter le recours.
- **Reconnaître et structurer la place des patients partenaires dans les parcours douleur**, notamment au sein des Structures Douleur Chronique, des programmes d'ETP, des actions de formation des professionnels ainsi que dans la recherche et l'évaluation des parcours. Cette participation doit s'appuyer sur des formations adaptées, un cadre d'intervention clair et une valorisation effective de leur contribution.
- **Encourager le développement et la diffusion des modalités de prise en charge dont la pertinence et le bénéfice pour les patients sont démontrés**, notamment à travers des projets pilotes ou des expérimentations assortis d'indicateurs permettant d'en mesurer l'efficacité, l'accessibilité et la transférabilité.
- **Garantir un accès équitable aux techniques interventionnelles pour les douleurs réfractaires**, en structurant des filières régionales d'adressage, en clarifiant les critères d'éligibilité, en renforçant les plateformes interventionnelles, en suivant les délais d'accès et en sécurisant leur financement dans la durée.

Acteurs à mobiliser

DGOS ; ARS ; Assurance maladie : complémentaires santé ; HAS ; structures médico-sociales ; pharmaciens ; associations de patients et patients experts ; industriels du médicament et du dispositif médical.

Calendrier 2027- 2032

2027 : cartographie de l'offre et critères d'éligibilité. 2028-2030 : montée en charge de l'ETP et des filières interventionnelles. 2031-2032 : évaluation de l'accès et des résultats.

Indicateurs de suivi

Délai d'accès aux techniques interventionnelles ; nombre de programmes d'ETP ; couverture territoriale des approches non médicamenteuses ; nombre de patients experts intégrés

AXE III – DONNER AUX ACTEURS LES MOYENS D'AGIR

Proposition N°6

Former massivement et reconnaître l'algologie comme discipline structurée

POURQUOI C'EST URGENT

La qualité du diagnostic et de la prise en soins est fortement fragilisée par l'insuffisance des ressources spécialisées ou formées. Les SDC peinent à attirer les (jeunes) médecins : les contraintes liées au maintien dans la spécialité d'origine et les difficultés d'articulation des parcours découragent de nombreux candidats. Au total, 835 médecins (388 ETP) y travaillent, mais seuls 58 % sont titulaires, 18 % exercent à temps plein et 43 % à moins de 0,2 ETP³⁹. **L'absence de reconnaissance pleine de l'algologie freine l'attractivité, les carrières et la relève** — alors que beaucoup d'avancées tiennent encore à la seule « bonne volonté » d'équipes locales. Au-delà des spécialistes, **la culture de la douleur reste insuffisamment diffusée auprès de l'ensemble des professionnels de santé**, en ville comme à l'hôpital : encore mal identifiée comme champ structuré de formation initiale et continue, elle alimente retards d'orientation, prises en charge hétérogènes et sous-mobilisation des structures spécialisées. Cette acculturation insuffisante laisse aussi de côté les **spécificités de certains publics** — femmes, enfants, personnes vivant avec des troubles psychiatriques — dont la douleur est plus souvent sous-évaluée, et néglige une compétence pourtant déterminante : **l'écoute, l'empathie et la reconnaissance de la parole du patient**. Un comble, pour un motif aussi fréquent de recours aux soins, qui appelle une approche clinique spécifique, pluridisciplinaire et graduée.

CE QUE NOUS PROPOSONS

Mettre au centre la reconnaissance de l'algologie comme spécialité, ou a minima comme discipline médicale structurée, pour sécuriser postes, carrières et débouchés. Renforcer parallèlement la spécialité dans les autres professions. Enfin, **faire de la formation un levier majeur** : diffuser largement la culture de la prise en charge de la douleur, initiale et continue, auprès de l'ensemble des professionnels de santé, en intégrant les spécificités des publics les plus vulnérables, la qualité de la relation de soin et le renforcement des compétences en ville.

LEVIERS D'ACTION :

- **Ouvrir un chantier national visant à reconnaître l'algologie comme une spécialité à part entière, ou a minima comme une discipline médicale structurée disposant d'un parcours de formation, de postes, de débouchés et d'une reconnaissance hospitalo-universitaire clairement identifiés.** Cette reconnaissance constitue une condition essentielle pour renforcer l'attractivité de la médecine de la douleur, assurer le renouvellement des professionnels, consolider les Structures Douleur Chronique et garantir aux patients un accès durable à une expertise spécialisée.
- **Consolider la structuration universitaire de la médecine de la douleur.** Le développement d'un corps d'enseignants en médecine de la douleur, permis notamment par la reconnaissance de la sous-section CNU 48-04 « Thérapeutique – médecine de la douleur ; addictologie », constitue un levier essentiel pour renforcer durablement la formation, la recherche et l'attractivité de la discipline.
- **Renforcer la formation initiale de l'ensemble des professions de santé, par des modules dédiés couvrant les fondamentaux de la douleur**, son évaluation et les stratégies de prise en charge médicamenteuses, non médicamenteuses, psycho-comportementales et sociales. Ces modules devront **intégrer les spécificités de la douleur chez les publics vulnérables**, ainsi que les compétences relationnelles : écoute, empathie, reconnaissance de la parole du patient et lutte contre la minimisation.

³⁹ V. Martinez et al., « Menaces sur la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique en France : une formation et des structures douleur chronique fragilisées », *Douleur et Analgésie*, Volume 36, numéro 1, Mars 2023.

- **Développer et prioriser la formation continue sur la douleur pour les professionnels en exercice.** Au-delà de la formation initiale, il est essentiel de permettre aux professionnels de santé d'actualiser régulièrement leurs connaissances et leurs compétences.
- **Renforcer les compétences en médecine de la douleur en ville,** en formant les professionnels de premier recours (médecins généralistes, paramédicaux, pharmaciens, infirmier(e)s) au repérage, à l'évaluation et au suivi des patients douloureux, pour réduire les retards d'orientation et rapprocher l'expertise du domicile. Ces compétences devraient être reconnues via la création et la valorisation de « consultations douleur » menés par les professionnels de premier recours.
- **Reconnaître et sécuriser le rôle des infirmier(e)s ressource douleur au sein des structures douleur chronique,** en s'appuyant sur deux leviers complémentaires : d'une part, le déploiement de protocoles nationaux de coopération permettant, dans un cadre sécurisé, la délégation de certaines activités aux infirmier(e)s expert(e)s douleur ; d'autre part, l'ouverture d'une perspective de reconnaissance en pratique avancée dans le champ de la douleur. Cette évolution permettrait de valoriser des compétences déjà exercées dans les SDC, de renforcer l'attractivité de ces fonctions, de libérer du temps médical et d'améliorer l'accès des patients à un suivi spécialisé.

Acteurs à mobiliser

DGOS ; DGS ; DGER ; CNU / doyens et UFR ; organismes de DPC ; CEMD ; CPTS, MSP et acteurs de soins primaires ; sociétés savantes et syndicats de professionnels.

Calendrier 2027- 2032

2027 : ouverture du chantier algologie et cadrage CNU. 2028-2030 : création de postes, maquettes de formation intégrant publics spécifiques et compétences relationnelles, formation des professionnels de ville. 2031-2032 : évaluation de l'attractivité et de la relève.

Indicateurs de suivi

Reconnaissance / structuration de la discipline ; nombre de postes HU et d'ETP en SDC ; part de professionnels formés (initiale et continue) ; part de professionnels de ville formés ; intégration des modules « publics spécifiques » et « relation de soin » dans les cursus ; nombre d'IRD et d'IPA mention douleur.

Proposition N°7

Soutenir la recherche, l'innovation, les données et l'évaluation, en y associant les patients

POURQUOI C'EST URGENT

Malgré l'ampleur des enjeux, la recherche en douleur chronique reste insuffisamment développée et financée. **Le réseau français de recherche sur la douleur, qui existe depuis vingt ans, a été relabellisé en 2025 conjointement par l'Inserm et le CNRS : une base structurée, mais à amplifier au regard de besoins importants** : mieux comprendre les mécanismes de chronicisation, identifier les facteurs de risque, développer des biomarqueurs, évaluer les prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses, et documenter l'efficacité des parcours de soins.

CE QUE NOUS PROPOSONS

Faire de la douleur chronique une priorité de recherche et d'innovation, en soutenant l'ensemble du continuum : recherche pré-clinique, clinique, translationnelle, organisationnelle, médico-économique et numérique, et en y associant les patients. En cohérence avec le parcours gradué et pluriprofessionnel formalisé par la HAS, cette dynamique doit **améliorer la personnalisation des prises en charge, l'accès aux innovations et le pilotage des politiques publiques.**

LEVIERS D'ACTION :

- **Structurer des appels à projets dédiés à la douleur chronique**, associant recherche préclinique, clinique, translationnelle, organisationnelle et médico-économique, et renforcer la place de cette thématique dans les PHRC et les appels à projets nationaux.
- **Soutenir la recherche sur les mécanismes de chronicisation**, notamment dans les douleurs neuropathiques, nociplastiques, post-opératoires, cancéreuses, pédiatriques et dans les situations de vulnérabilité.
- **Encourager l'innovation thérapeutique, numérique et interventionnelle**, ainsi que le développement d'outils de suivi à distance, de biomarqueurs et de dispositifs facilitant l'évaluation et le suivi de la douleur.
- **Développer les données de santé et les indicateurs de suivi des parcours douleur**, afin de mieux documenter les délais d'accès, les ruptures de parcours, l'efficacité des prises en charge et les inégalités territoriales.
- **Favoriser les recherches associant patients, Structures Douleur Chronique, soins primaires, acteurs médico-sociaux et industriels**, afin d'accélérer le passage de l'innovation scientifique à l'amélioration concrète des parcours de soins.

Acteurs à mobiliser

MESR ; Inserm ; CNRS ; ANR ; DGOS ; DGS ; HAS ; Assurance maladie ; Direction Générale de la Recherche, de l'Innovation et du Numérique en Santé (DGRINES) ; INCa ; CNSA ; universités et CHU ; SDC ; SFETD ; associations de patients ; industriels.

Calendrier 2027- 2032

2027 : appels à projets et indicateurs nationaux. 2028-2030 : montée en charge de la recherche et des bases de données. 2031-2032 : évaluation et diffusion.

Indicateurs de suivi

Nombre de PHRC/appels à projets douleur ; volume de financements dédiés ; indicateurs nationaux de parcours opérationnels ; part de projets associant des patients.