

Les douleurs chroniques en France

Recommandations pour une meilleure prise en charge*

Recommandations de l'Académie nationale de médecine

Chronic Pain in France

Recommendations for Better Pain Management

P. Queneau · A. Serrie · R. Trèves · D. Bontoux

© Lavoisier SAS 2019

Résumé Environ 22 millions de Français (environ 30 % de la population adulte) souffrent de douleurs chroniques rebelles aux traitements antalgiques conventionnels. La France a été l'un des premiers pays déterminés à lutter contre la douleur chronique, en mettant en place plusieurs plans gouvernementaux. Toutefois, l'état actuel fait apparaître de réelles menaces sur la prise en charge des malades douloureux chroniques, en raison : 1) de départs prochains à la retraite de nombreux médecins spécialisés, qui avaient créé les « structures spécialisées douleur chronique » (SDC) ; 2) et de grandes difficultés de recrutement de leurs successeurs. L'Académie nationale de médecine émet les recommandations suivantes : 1) consolider l'existence des 273 SDC pour les années à venir ; 2) désigner au sein de chaque faculté de médecine un « coordinateur universitaire douleur » rattaché à la sous-section « Thérapeutique médecine de la douleur » du Conseil national des universités ou à une des grandes disciplines universitaires concernant la douleur ; 3) veiller au renouvellement des équipes des SDC par : des médecins ayant reçu une formation spécialisée transversale « Médecine de la douleur », en plus de leur diplôme d'études spécialisées d'origine ; d'autres soignants (infirmières, physio-

thérapeutes, psychologues...) ayant bénéficié d'une formation « douleur » ; 4) en plus de l'indispensable formation initiale de tous les médecins et soignants à la spécificité de la douleur chronique, faciliter l'accès à des formations complémentaires sur les nouvelles approches non médicamenteuses, technologiques et psychosociales ; 5) développer la recherche clinique et fondamentale translationnelle par la mise en place de choix stratégiques, politiques et organisationnels.

Mots clés Douleur chronique · Structures spécialisées douleur chronique · Traitement antalgique · Formation · Recherche

Abstract Approximately 22 million people (approximately 30% French adult population) suffer from chronic pain in France, refractory to analgesic treatments. France was one of the first countries that determined to fight against chronic pain, by setting up several governmental plans. However, the present situation reveals real threats about chronic pain sickness care, because of numerous upcoming doctors' retirements, which induces a question on the recruitments of their successors. The French Academy of Medicine purposes five recommendations: 1) strengthen the existence of 273 specialized structures chronic pain (SPC) for upcoming years; 2) appoint in every university department an "university pain coordinator" connected with the sub-section "Therapeutics-Pain medicine" of the National University Council or in one of the major university disciplines concerning pain; 3) ensure teams renewal of the SPC by doctors having received a transverse specialist training (TST) "pain", in addition to their specialty diploma; 4) improve the initial and continuous training of all the doctors and nurses. Value the time dedicated to the sick person, as well as with the non-medicinal and psychosocial approaches; 5) develop the interdisciplinary clinical

P. Queneau (✉) · D. Bontoux
Membre de l'Académie nationale de médecine
e-mail : patrice.queneau@chu-st-etienne.fr

A. Serrie · R. Trèves
Membre correspondant de l'Académie nationale de médecine

* Rapport voté en séance plénière le 9 octobre 2018 par l'Académie nationale de médecine (16, rue Bonaparte, 75272 Paris cedex 06), publié au nom du groupe de travail « Douleurs chroniques rebelles » rattaché à la Commission XV (Enseignement-Recherche-Parcours de formation) - Président : D. Poitout qui l'a avalisé dans sa séance du 12 mars 2018.

and fundamental research by the implementation of strategic, political and organizational choices.

Keywords Chronic pain · Specialized structures chronic pain · Training · Research

Introduction

La douleur, maître symptôme de la médecine, est trop souvent encore aujourd'hui négligée et mal traitée. La prise en charge des malades douloureux chroniques pose souvent des problèmes difficiles malgré l'éventail actuel des ressources thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses.

Le caractère rebelle de la douleur peut conduire à solliciter la contribution de médecins et de soignants spécialement formés à cet effet et exerçant dans une « **Structure spécialisée douleur chronique** » (SDC).

Méthodologie

Un groupe de travail multidisciplinaire comportant de nombreux invités fut mis en place en 2015. Treize réunions ont permis les auditions et les débats nécessaires à la rédaction du présent rapport. Les contributeurs à ce dernier ont été les suivants :

- **membre titulaire de l'Académie :**
 - Jean-Pierre Michel ;
- **membres correspondants de l'Académie :**
 - Bernard Laurent ;
 - Yves de Prost ;
 - Christian Roques ;
- **invités au groupe de travail :**
 - Mme Françoise Alliot-Launois, vice-présidente de l'Association française de lutte antirhumatismale (AFLAR), Paris ;
 - Dr Justine Avez-Couturier, pédiatre, consultation douleur enfant, CHU de Lille ;
 - Dr Didier Bouhassira, neurologue, directeur de recherche Inserm, ancien président de la SFETD, CHU Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt ;
 - Dr Elisabeth Collin, responsable de la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Avicenne, CHU, Paris-Seine-Saint-Denis ;
 - Dr Claire Delorme, coordinateur du réseau régional douleur, centre hospitalier de Bayeux ;
 - Pr Alain Eschalier, professeur de pharmacologie médicale, UMR Inserm Neuro-Dol, université Clermont-Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand ;

- Dr Laurent Grange, rhumatologue, CHU de Grenoble-Alpes, président de l'Association française de lutte antirhumatismale (AFLAR), Paris ;
- Pr Claude Hamonet, professeur émérite, médecine physique et de réadaptation, faculté de médecine, université Paris-Est-Créteil (UPEC), consultant Ehlers-Danlos au centre médical ELLAsanté, Paris ;
- Dr Caroline Maindet, médecin de la douleur, CHU de Grenoble-Alpes ;
- Pr Julien Nizard, chef du centre fédératif douleur, soins palliatifs et de support, responsable de l'unité de recherche clinique « douleur et neurochirurgie », CHU de Nantes ;
- Pr Serge Perrot, neurologue, CHU Cochin, Paris
- Pr Roland Peyron, neurologue, centre stéphanois de la douleur et service de neurologie, unité Inserm U879, CHU de Saint-Étienne ;
- Pr Gisèle Pickering, professeur de pharmacologie clinique, CIC Inserm 1405, université Clermont-Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand ;
- Dr Éric Serra, psychiatre et médecin douleur, chef du service CETD, CHU d'Amiens ;
- Dr Pierre Tajfel, médecin de la douleur, président de l'association « La Douleur et le Patient Douloureux (LDPD) » ;
- Dr Florence Tiberghien, médecin de la douleur, centre de la douleur d'Aix-les-Bains ;
- Dr Barbara Tourmiaire, pédiatre, responsable du centre de la douleur et de la migraine de l'enfant, CHU Trousseau, Paris.

Résultats

Définition d'une douleur chronique

L'une des définitions de référence de la **douleur**, parmi les plus citées, est celle de l'International Association for the Study of Pain (IASP) : « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* ».

Reprenant la définition précitée de l'IASP, la Haute Autorité de santé (HAS) [1] définit la **douleur chronique** comme une douleur « *évoluant depuis plus de trois à six mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient* ».

Enjeux de la douleur et défis à relever

Ils sont explicités dans le Livre blanc de la douleur 2017 de la Société française d'étude et de traitement de la douleur

(SFETD) [2], qui propose de mettre en place dès 2018 les mesures concrètes suivantes :

- maintenir et consolider le rôle des SDC qui se sont développées au cours des 20 dernières années et ont fait la preuve de leur efficacité ;
- renforcer la formation de tous les professionnels de santé à la prise en charge de la douleur ;
- impliquer davantage les acteurs des premiers recours, les médecins généralistes et les pharmaciens, dans l'accompagnement du patient douloureux ;
- 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 ;
- développer des campagnes de prévention de la douleur, au travail, en chirurgie, ou encore liée aux soins ;
- développer la reconnaissance des approches non médicamenteuses de la douleur et de l'éducation thérapeutique du patient ;
- améliorer les situations de prise en charge pour les populations les plus vulnérables ;
- soutenir et reconnaître les personnes douloureuses et leurs proches ;
- développer la recherche translationnelle en impliquant tous les acteurs.

Prise en charge de la douleur chronique et rôle des SDC

Vingt-deux millions de patients (30 % de la population française de plus de 18 ans) se plaignent de douleurs chroniques et prennent tous les jours au moins un antalgique, depuis plus de six mois selon l'étude STOPNEP (Study of Prevalence of Neuropathic Pain), réalisée par interview téléphonique de type SOFRES [3].

La grande majorité des malades douloureux chroniques sont pris en charge par les médecins généralistes et les spécialistes concernés.

Ce n'est donc que dans les cas de douleurs chroniques rebelles que certains patients sont dirigés vers les SDC, dont la mission est d'appréhender le *douloureux chronique* selon un modèle multidimensionnel, biopsychosocial, reposant sur une démarche évaluative puis sur un projet de traitement personnalisé multimodal.

Actuellement, ces SDC, labellisées au niveau régional par chaque Agence régionale de santé (ARS) sous la coordination de la direction générale de l'Offre de Soins (DGOS), sont organisées en deux niveaux de « *prise en charge pluri-professionnelle en équipes* », lesquelles sont constituées de médecins, spécialistes de diverses disciplines (neurologues, rhumatologues, chirurgiens, psychiatres...) et d'autres soignants (infirmières, psychologues, physiothérapeutes...) [mise à jour 17 février 2017 : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc#>]:

fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc#] :

- **les consultations**, axées sur des démarches d'évaluation, de diagnostic et de soins en cas de douleurs chroniques rebelles et invalidantes ;
- **les centres**, qui assurent la prise en charge de malades plus complexes et/ou requérant certains soins très spécialisés. Les centres ont en outre des responsabilités d'enseignement, d'expertise et de recherche.

En 2018, il existe 273 SDC labellisées en France, dont 67 centres de la douleur chronique [3]. L'activité clinique au sein de ces SDC (selon les données des ARS) varie de 50 à plus de 5 000 patients par centre et par an. Le délai d'attente moyen est de l'ordre de trois mois, voire davantage pour certaines SDC très spécialisées.

Les SDC bénéficient de plusieurs sources de financement : des dotations nationales par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), au prorata du nombre de consultations externes ; mais également la T2A pour ce qui est des hospitalisations, avec l'inconvénient de privilégier les actes techniques sur les approches cliniques pluridisciplinaires, ce qui pénalise injustement la prise en charge clinique des patients.

Le nombre de demandes de consultations croît continuellement, alors que certaines SDC apparaissent menacées en raison du prochain départ à la retraite des médecins qui les ont fondées et du risque que ceux-ci ne soient pas remplacés faute de candidats formés à la médecine de la douleur et/ou du fait de non-renouvellements de postes médicaux.

En effet, une enquête démographique de la SFETD sur les départs en retraite des médecins de la douleur en France avait été réalisée en 2015 auprès de 228 SDC. Cent trente-deux avaient répondu, avec les résultats suivants :

- sur un total de 229,3 emplois équivalent temps plein (ETP), 115,2 sont partis ou partiront en retraite sur la période 2015–2025, avec le risque que la moitié au moins de ces emplois ne soient pas remplacés ;
- de même, durant cette période, 16 SDC (13 consultations et trois centres) seront en danger de fermeture ou exposées à de graves incertitudes si les médecins de la douleur ne sont pas remplacés.

Quand recourir aux structures spécialisées en douleur chronique ?

La HAS a publié en 2008 des « *Recommandations sur l'identification de la douleur chronique et sur les critères cliniques d'orientation des patients vers les structures spécialisées pour les situations suivantes* [1] :

- *diagnostic nécessitant des évaluations répétées ;*

- *traitement médicamenteux difficile à équilibrer ;*
- *syndrome douloureux chronique sévère et complexe ;*
- *lorsque le patient ne perçoit pas le caractère plurifactoriel de sa douleur chronique ;*
- *difficultés de mise en œuvre du projet thérapeutique ambulatoire ;*
- *retentissement scolaire ou conséquences socioprofessionnelles ;*
- *au cas par cas, en cas de demande expresse du patient ;*
- *motif particulier : social, professionnel... ;*
- *traitements ou modes de prise en charge qui ne peuvent être assurés ailleurs ;*
- *non-remboursement de certains actes indispensables ;*
- *dossiers complexes nécessitant une discussion interdisciplinaire ;*
- *souhait du patient de participer à un programme de recherche. »*

Ces recommandations restent d'actualité. De plus, les SDC peuvent se révéler utiles en cas :

- de douleurs neuropathiques, de traitement souvent difficile ;
- d'effets secondaires préoccupants des traitements ;
- de traitements antalgiques opioïdes (morphine et dérivés) non justifiés, dont on connaît les risques d'accoutumances, d'addictions et d'overdoses (fréquentes dans certains pays tels les États-Unis) ;
- de prise en charge des malades vulnérables : enfants, handicapés, personnes souffrant de troubles psychologiques ou mentaux importants, ou de difficultés de communication.

Quels malades consultent les structures spécialisées en douleur chronique

Dans le rapport de la HAS (2008) [1], la répartition des patients selon leur type de douleurs est la suivante :

- lombalgies et sciatalgies : 26 % ;
- douleurs neuropathiques : 19 % ;
- douleurs cancéreuses : 17 % ;
- céphalées, migraines : 12 % ;
- fibromyalgie et autres symptômes douloureux idiopathiques : 10 % ;
- syndromes douloureux régionaux complexes : 8 % ;
- autres douleurs : 7 %.

Qui adresse les malades en structures spécialisées en douleur chronique

Plus d'une fois sur deux, c'est le médecin généraliste qui adresse le malade en SDC, notamment pour les fibromyalgies, les céphalées, les lombalgies. Les autres malades (environ 40 %) sont orientés par un médecin spécialiste (douleurs

neurologiques, cancéreuses, syndrome douloureux régional complexe...).

À noter que le pourcentage des recours justifiés auprès des SDC était évalué dans une fourchette de 83,6 à 97,1 % par la HAS en 2008 [1].

Exemples d'indications d'envoi en structures spécialisées en douleur chronique selon la spécialité

- Douleurs chroniques en médecine générale

Qu'elle soit aiguë ou chronique, la douleur est le premier motif de consultation du médecin. Elle reste l'apanage, en premier recours, du médecin généraliste.

Du fait des progrès thérapeutiques permettant des survies plus importantes des malades (atteints de cancers notamment) et le vieillissement de la population générale, beaucoup de patients souffrant de diverses douleurs chroniques sont amenés à être suivis au long cours en médecine générale [5].

L'enquête de la HAS sur la population adressée par les médecins généralistes et les spécialistes aux SDC a montré en 2008 que les recours étaient « justifiés » pour la majorité des patients (93 %).

- Douleurs rhumatologiques chroniques

En ce domaine, les SDC sont sollicitées principalement pour :

- des rachialgies, surtout des lombalgies et des sciatalgies chroniques rebelles (plus d'un million de Français sur les dix millions de lombalgiques), par discarthrose, troubles statiques, maladies professionnelles ou postchirurgicales ;
- des fibromyalgies (3 à 7 % de la population, dont 80 % de femmes) à expression algique prédominante, sévère et rebelle, pour lesquelles un diagnostic posé par un SDC et une prise en charge par des approches complémentaires évitent des errances médicales délétères ;
- des syndromes héréditaires d'Ehlers-Danlos (2 % de la population en France, 3 % en Belgique, 80 % de femmes).

- Douleurs chroniques rebelles en neurologie

Selon l'étude STOPNEP [3], 7 % de la population générale souffrent de douleurs neuropathiques liées à :

- des maladies neurologiques : sclérose en plaques, maladie de Parkinson, séquelles d'accident vasculaire cérébral, paraplégie... ;
- des lésions des nerfs périphériques : cancer, diabète, séquelles chirurgicales... ;
- certains traitements (chimiothérapie anticancéreuse...).

Il faut y ajouter :

- la migraine (16 % de la population française, dont deux tiers de femmes) et les céphalées chroniques quotidiennes (CQC) « de tension » ou induites par mésusages et abus médicamenteux ;
- ainsi que les douleurs orofaciales : ces dernières (névralgies faciales, algies vasculaires de la face, maladie de Horton...) sont souvent rebelles et parfois sous-estimées quant à l'importance du handicap qu'elles induisent. Elles peuvent devenir alors des indications de recours aux SDC, pour des stratégies de traitement alliant médicaments, prise en charge psychologique (thérapies cognitivocomportementales par exemple) et/ou des interventions techniques spécifiques [6].

Plus généralement, les traitements médicamenteux des douleurs neuropathiques sont souvent peu efficaces, ce qui conduit à avoir recours à des techniques de stimulation ou d'interruption des voies de la nociception.

Les stratégies de prises en charge identifient volontiers les trois niveaux ci-après (Fig. 1).

- Douleurs chroniques au cours du cancer

Le nombre de malades en vie après un cancer augmente régulièrement : trois millions en France en 2008, avec la prévision de 18 millions en 2022. Leur réinsertion dans la « vie normale » dans le contexte de « l'après-cancer » [7] nécessite une prise en charge psychosociale et familiale ainsi qu'un suivi oncologique incluant qualité de l'alimentation, pratique du sport, soutien psychologique, mais aussi prise en

charge des douleurs chroniques, souvent rebelles à de nombreux traitements. Celles-ci peuvent être induites par le cancer, les actes diagnostiques et thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, utilisation de facteurs de croissance ou d'antiaromatases...), la dépression et le stress (crainte d'une récurrence et de la mort...). Dans ce contexte, en interface étroite avec les oncologues, les SDC peuvent être utiles pour apaiser les douleurs les plus rebelles, neuropathiques ou articulaires notamment, condition d'une reprise de l'activité physique et d'une lutte efficace contre la fatigue, l'anxiété et la dépression [8].

- Douleurs chroniques de l'enfant et de l'adolescent

Fréquentes et parfois sous-évaluées, ces douleurs ont un retentissement global sur l'enfant et sa famille. Des études anglo-saxonnes montrent qu'il existerait des douleurs chroniques et/ou récurrentes chez 25 % des enfants et adolescents, avec prédominance chez les filles [9,10].

Il s'agit essentiellement de céphalées et migraines, de douleurs musculosquelettiques, abdominales ou diffuses, à l'origine d'un absentéisme scolaire important et d'un impact médicoéconomique important lié aux soins ainsi qu'à l'absentéisme des parents au travail [11].

Actuellement, en France, seules 30 SDC bénéficient d'une *labellisation spécifique pour l'accueil des enfants*, avec une grande disparité géographique. La spécificité d'experts de la douleur de l'enfant est nécessaire pour une évaluation et une prise en charge appropriées dans les cas les plus difficiles.

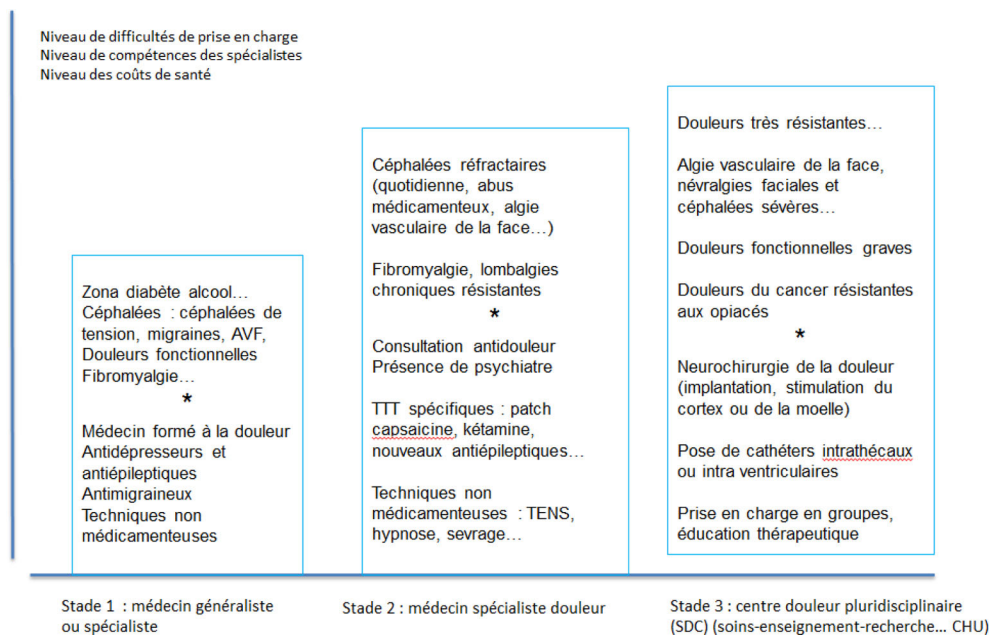


Fig. 1 Douleurs neuropathiques chroniques (B. Laurent et R. Peyron)

- Douleurs chroniques en gériatrie et dans les maladies neurodégénératives

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 17 % de la population française. Les projections démographiques font état d'une augmentation de 25 % de personnes âgées de plus de 75 ans d'ici 2025.

Touchant 50 % des personnes âgées vivant à domicile, 70 % de celles vivant en institution et plus de 80 % de celles en phase terminale de vie, les douleurs chroniques réduisent leur mobilité, favorisent leur isolement et produisent un état dépressif souvent inauguratif de troubles du comportement et de la cognition. Un nombre croissant de personnes âgées souffrent de douleurs parfois mal exprimées, souvent sous-estimées et souvent importantes au cours de maladies neurodégénératives notamment (démences, Parkinson, accidents vasculaires cérébraux, troubles cognitifs...). Les nouvelles techniques d'évaluation observationnelle du comportement (visage, attitude) sont ici précieuses.

L'annexe A explicite dix objectifs de la prise en charge de la douleur en gériatrie et dans les maladies neurodégénératives [12,13].

Prise en charge de la douleur chronique : un problème de société

- La douleur a un coût

Les répercussions des douleurs chroniques sont importantes sur la vie professionnelle des patients (licenciement, chômage...), mais également sur leur vie sociofamiliale (rejet, rupture, divorce ou au contraire maternage excessif), sans méconnaître les répercussions psychologiques (anxiété, dépression) ou médicales (invalidité, procès) [15].

- Activité professionnelle, productivité et situations professionnelles

L'étude National Health and Wellness Survey (NHWS), réalisée en France en 2013, sur 15 000 personnes permet d'estimer le poids socio-économique de la douleur. On estime (en extrapolant à la population française en 2013) que la douleur impacte dans leur travail deux tiers des personnes atteintes de douleurs : 88 millions de journées sont impactées par la douleur (48 millions par l'absentéisme et 40 millions par le présentéisme avec douleur) [16].

Cette étude indique que :

- la prévalence des personnes en arrêt maladie de longue durée est de 5 % en présence d'une douleur, contre 1 % dans le groupe sans douleur.
- les patients ayant déclaré une douleur ont consulté environ deux fois plus souvent que les autres (neuf consulta-

tions contre 4,8), soit 72,2 millions de consultations supplémentaires par an, à partir du tarif d'une consultation chez un médecin généraliste (23 €) et du taux de remboursement par l'assurance-maladie (70 %) ;

- cela correspond à un surcoût annuel d'environ 1,163 milliard d'euros.

Parallèlement, voici quelques données chiffrées des coûts annuels induits par plusieurs pathologies en France :

- migraine : 1 milliard, pour une prévalence de 17 % de la population ;
- céphalées chroniques : deux milliards, pour une prévalence de 3 % de la population ;
- lombalgies : 6 000 € par personne atteinte ;
- fibromyalgie : 6 000 € par personne atteinte.

Formation initiale et continue

- Formation initiale et continue de tous les soignants

Concernant les médecins, cette formation doit débiter dès le premier cycle (sciences humaines et sociales notamment), puis tout au long des deuxième et troisième cycles des études médicales. Elle devra faire l'objet de *validations spécifiques* et se poursuivre dans le cadre de la formation continue.

- Formation à la médecine de la douleur

Cette formation obéissait ces dernières années à un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de quatre semestres intitulé « Médecine de la douleur et médecine palliative », qui donnait satisfaction. Ce DESC est aujourd'hui remplacé par une formation spécialisée transversale (FST) d'une durée de deux semestres consécutifs, durée que l'Académie nationale de médecine avait regrettée en 2016 [17].

Cette FST « Médecine de la douleur » doit conduire à former, en complément de leur diplôme d'études spéciales (DES) d'origine, les médecins de la douleur dont la France a besoin (30 à 35 par an selon le Collège national des enseignants de la douleur) afin de permettre le renouvellement des effectifs nécessaires à la pérennisation des 273 SDC existantes.

L'organisation de cette FST sera coordonnée dans chaque région par des « pilotes », universitaires ou praticiens hospitaliers, provenant de disciplines diverses. Cette FST ne crée pas de nouvelle spécialité : elle figurera comme mention associée au diplôme du DES d'origine, témoignant de l'acquisition d'une compétence complémentaire. Cette compétence s'exercera dans le cadre de l'exercice de la spécialité d'origine (toutes les disciplines cliniques y ont accès).

Dans le cadre de la réforme, prochaine, du quatrième cycle, un autre objectif serait d'intégrer la formation

continue et de permettre les vocations tardives de « médecin de la douleur », comme c'était le cas précédemment par l'acquisition d'une Capacité douleur.

- Quels enseignants ?

L'importance de ces enseignements « exige une filière spécifique dans chaque UFR avec un **coordinateur universitaire « douleur »** pour organiser les enseignements et la recherche. ».

Ce coordinateur universitaire « douleur » doit être un PU-PH ou un professeur associé « Médecin de la douleur » nommé :

- soit dans l'option « Thérapeutique-médecine de la douleur », récemment créée au sein de la quatrième sous-section de la 48^e section du Conseil national des universités (CNU) désormais libellée : « Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie (deux options) » (arrêté du 16 février 2018, JO du 6 mars 2018) ;
- soit dans une des grandes spécialités universitaires concernant la douleur.

- Données internationales sur la formation à la douleur

Au sein de la formation initiale, l'enseignement sur la douleur est peu développé en Europe, à l'exception de deux pays, l'Allemagne et la France, avec un contenu pédagogique et un volume horaire standardisés. Il faut rappeler que c'est en France, en 1985, que le premier enseignement au monde a vu le jour sous la forme d'une attestation d'études supérieures puis d'un diplôme d'université (DU) délivrée par la faculté de médecine Lariboisière (Paris-VII).

- Quel enseignement européen pour les médecins de la douleur ?

Récemment, l'European Federation of IASP [International Association for the Study of Pain] Chapters (EFIC) a souhaité définir un curriculum de qualification en médecine de la douleur : European Diploma of Pain Medicine (EDPM) décrit en détails sur le site : <https://www.europeanpainfederation.eu/core-curriculum/dilpoma-in-pain-medicine/>.

Recherche

La recherche sur la douleur est une nécessité absolue pour des raisons épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques, sociétales, économiques et éthiques.

La recherche fondamentale et clinique française (incluant les thérapeutiques non médicamenteuses insuffisamment

validées) a acquis un positionnement apprécié en Europe. Mais elle doit accroître sa visibilité internationale. Conduite par des équipes rattachées à l'Inserm, au CNRS (24 équipes) ainsi qu'aux universités et aux CHU, en interface avec les SDC, elle est financée prioritairement (69 %) par des budgets issus d'appels à projets, avec cependant des financements limités en provenance de l'Agence nationale de la recherche (ANR) et de Programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) : 0,76 % des projets biologie-santé financés par l'ANR et 1,5 % des projets financés par les PHRC concernent la douleur.

Des choix stratégiques, organisationnels et politiques, sont nécessaires pour soutenir une recherche translationnelle en un temps où la pharmacopée, ancienne, s'accompagne d'un ratio bénéfice/risque insatisfaisant pour lutter avec efficacité contre les douleurs chroniques, très handicapantes pour les patients et très coûteuses pour la société.

Recommandations

À partir du rapport établi, l'Académie nationale de médecine émet les recommandations pratiques suivantes :

- consolider les 273 SDC pour les années à venir, alors que certaines d'entre elles se trouvent menacées par les prochains départs à la retraite de médecins de la douleur ;
- désigner dans chaque UFR un « coordinateur universitaire douleur » rattaché à la sous-section « Thérapeutique-médecine de la douleur » du CNU ou à une des grandes disciplines universitaires concernant la douleur ;
- veiller au renouvellement des équipes des SDC par :
 - des médecins ayant reçu une FST « Médecine de la douleur », en plus de leur DES d'origine ;
 - d'autres soignants (infirmières, physiothérapeutes, psychologues...) ayant bénéficié d'une formation « douleur » ;
- en plus de l'indispensable formation initiale de tous les médecins et soignants à la spécificité de la douleur chronique, faciliter l'accès à des formations complémentaires sur les nouvelles approches non médicamenteuses, technologiques et psychosociales ;
- développer la recherche clinique et fondamentale translationnelle par la mise en place de choix stratégiques, politiques et organisationnels.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Annexe A. Les dix objectifs de la prise en charge de la douleur en gériatrie et dans les maladies neurodégénératives (G. Pickering) :

1. Poursuivre la diffusion de l'approche graduelle et optimiser l'évaluation des traitements antalgiques, médicamenteux et non médicamenteux.
2. Promouvoir l'utilisation des échelles de la douleur dans tous les milieux de vie des patients âgés et avec troubles neurodégénératifs ; en enseigner leurs spécificités et leurs limites.
3. Enrichir les recommandations de prise en charge de la douleur, en particulier chez la personne âgée mal communicante.
4. Sensibiliser aux effets indésirables et aux interactions médicamenteuses dans le contexte gériatrique de polymédication, comorbidités, déficit cognitif et fragilité.
5. Cibler les conséquences de la douleur per se et des analgésiques sur les domaines cognitifs et émotionnels et envisager des stratégies de coping.
6. Conduire des essais cliniques randomisés de bonne qualité et des études observationnelles larges afin d'évaluer le rapport bénéfice/risque des molécules dans la vraie vie des personnes âgées, en particulier en cas de maladie neurodégénérative.
7. Conduire des études sur la synergie des techniques pharmacologiques et non pharmacologiques chez les patients âgés et très âgés.
8. Poursuivre la construction au niveau national d'une force multidisciplinaire en médecine de la douleur en gériatrie par la collaboration des sociétés savantes.
9. Rendre la gériatrie et la douleur en gériatrie attractives aux professionnels de santé : cela est lié à un enseignement adapté et à des opportunités d'emplois à la clé.
10. Prévenir la douleur induite, l'anticiper et la prendre en charge précocement avec une balance bénéfice/risque optimisée : un défi éthique chez le sujet âgé pour une qualité de vie préservée.

Références

1. Haute Autorité de santé (2008) Recommandations professionnelles — Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient — Recommandations

sur l'identification de la douleur chronique et sur les critères cliniques d'orientation des patients vers les structures spécialisées (décembre) : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../douleur_chronique_argumentaire.pdf

2. Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) (2017) Livre blanc de la douleur 2017. État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen
3. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, et al (2008) Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population Etude STOPNEP (Study of Prevalence of Neuropathic Pain). *Pain* 136:380–7
4. Actualisation de l'Annuaire national des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique et au recueil de leurs données de file active et d'activité 2017. BO Santé-Protection sociale-Solidarité n°2017/11 du 15 décembre 2017. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique>
5. Tajfel P (2002) La douleur en médecine générale. *Douleur et Analgésie* 15:71–9
6. Serrie A, Navez M (2018) Les douleurs orofaciales. In: Guillevin L, Mouthon L, Levesque H (eds) *Traité de médecine* Ed
7. Villet R, Degos L, Rouéssé J, et al (2018) Rapport à l'ANM : retour à la « normale » après traitement d'un cancer. *Bull Acad Natl Med* (sous presse)
8. Welsch C, Delorme C, Larue F, et al (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 Analgésie* 26:126–32
9. King S, Chambers CT, Hugué A, et al (2011) The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain* 152:2729–38
10. Hugué A, Miró J (2008) The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. *J Pain* 9:226–36
11. Gallo A, Tourniaire B, Chary-Tardy AC (2012) Que sont devenus les adolescents douloureux chroniques ? Suivi d'une cohorte. *Arch Pediatr* 19:H276–H7
12. Pickering G, et al (2017) Consensus multidisciplinaire de l'utilisation des antalgiques chez la personne âgée. *Douleurs*
13. Pickering G (2017) Neuropathic pain. In: Lussier and Cruciani (eds) *Pain management in the elderly patient: a comprehensive guide to diagnosis and treatment*. Springer, New York
14. Michel JP, Beattie BL, Martin FC, Walston JD (2017) *Oxford textbook of geriatric medicine*. Editions Oxford University Press, 3^e édition
15. Serrie A (2015) La prise en charge de la douleur chronique : un problème sociétal. *Bull Acad Natl Med* 199:4–5, 555–65
16. Eschalier A, Mick G, Perrot S, et al (2013) Prevalence and characteristics of pain and patients suffering from pain in France: an epidemiological survey National Health and Wellness Survey in 1,500 adults. *Douleurs* 14:4–15
17. Queneau P, Serrie A, Laurent B, Trèves R (2016) Communiqué : à propos de la disparition du DESC douleur. Une formation spécialisée transversale de la douleur chronique est nécessaire. *Bull Acad Natl Med* 3:597–9