
AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN FRANCE

*Treize organisations appellent à agir en urgence
et proposent 22 actions concrètes*



ASSOCIATION NATIONALE POUR
LA PROMOTION DES SOINS
SOMATIQUES EN SANTÉ MENTALE



douleurs
sans frontières



Pédiadol
LA DOULEUR DE L'ENFANT



SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉTUDES
des MIGRAINES et CÉPHALÉES



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de GÉRIATRIE
et GÉRONTOLOGIE

SFMU
Société Française de
Médecine d'Urgence

SOFMER
Société Française de Médecine
Physique et de Réadaptation

Avec le soutien institutionnel des laboratoires Grünenthal



Contacts presse - agence PRPA

Margaux Puech : margaux.puech@prpa.fr / 06 28 79 00 61

Anne Pezet : anne.pezet@prpa.fr / 06 87 59 03 88

Contact cabinet Nextep

Camille Reboul : camille.reboul@nextep-health.com / 07 64 39 26 55

La douleur est un défi majeur pour le système de santé du 21^e siècle et pour notre démocratie sanitaire. Elle constitue un véritable phénomène de société, tant par le nombre de personnes concernées que par l'importance des enjeux qu'elle soulève, trop longtemps ignorés et encore aujourd'hui sous-évalués.

Premier motif de consultation, dans les services d'urgences et chez le médecin généraliste, la douleur concerne près de 12 millions de Français soit plus de 20% de la population. Elle touche toutes les catégories socio-professionnelles, notamment les âges extrêmes de la vie, les personnes vulnérables, les patients atteints de cancer.

Elle constitue un lourd fardeau pour les personnes concernées pour qui elle peut être source de handicap, d'inactivité, d'isolement social et de souffrances psychique, sociale, existentielle : près d'un patient sur trois estime que la douleur est parfois tellement forte qu'il ressent l'envie de mourir. Dans le cadre de la crise sanitaire actuelle, la survenue de douleurs liées à la covid-19, la moindre performance des parcours de soins habituels (hors covid-19), la multiplication attendue des situations de précarité, sont venus renforcer cette situation déjà préoccupante.

Au-delà de l'impact sanitaire, son impact économique et social est massif car la douleur chronique, en particulier post-chirurgicale, induit une forte consommation de soins ainsi qu'un important absentéisme professionnel. On estime que la douleur engendre un surcoût d'1,2 milliard d'euros par an.

Pourtant, la douleur n'est pas reconnue à la hauteur du fardeau qu'elle représente pour les patients et la société. Il n'existe aujourd'hui aucun plan dédié au développement de la médecine de la douleur. La prise en charge chez les patients concernés est souvent insuffisante, voire absente du parcours de soins. Le délai d'attente moyen pour une consultation en structure spécialisée est de 13 semaines et peut même atteindre une année. Plus inquiétant, 30% de ces structures pourraient disparaître ces prochaines années, par manque de moyens financiers et humains.

Il y a donc urgence à agir. Il y a urgence à revoir les stratégies de prise en charge de la douleur, en ville comme à l'hôpital, à tous les âges de la vie. Il y a urgence à revoir la formation en médecine de la douleur pour les professionnels de santé. Il y a urgence à restructurer le parcours de soins et revoir la prise en charge des publics vulnérables.

Treize organisations de sociétés savantes, de professions de santé et d'associations de patients lancent un appel pour redonner un nouvel élan à la prise en charge de la douleur en France, et reconnaître la douleur comme un enjeu déterminant pour notre système de santé.

Cette nouvelle dynamique passe par la mise en place de 22 propositions ambitieuses et concrètes, à la hauteur des défis à relever.

I – L'amélioration de la reconnaissance sociétale de la douleur

- Proposition 1 : Développer un nouveau plan national de lutte contre la douleur

Contexte : La France a longtemps été pionnière dans la lutte contre la douleur, au travers de la mise en œuvre de trois plans d'action successifs, qui ont abouti à des avancées concrètes. Mais, depuis 2012 - et l'arrêt de l'application du 4e plan national - cette dynamique s'est significativement essoufflée.

Objectif : Un nouveau plan national de lutte contre la douleur permettrait de mettre en œuvre une véritable stratégie, ambitieuse et à la hauteur des enjeux à traiter. Celui-ci pourrait s'organiser autour de quatre axes : la formation et la sensibilisation des professionnels de santé ; la prise en charge de la douleur des publics les plus vulnérables ; l'amélioration du parcours de soins du patient douloureux chronique ; l'information du public.

Mise en œuvre : Ministère de la Santé

- Proposition 2 : Instaurer la douleur comme « Grande Cause nationale »

Contexte : Epreuve personnelle pour les patients, la lutte contre la douleur est aussi une grande cause collective qui mérite d'être défendue. Elle fait partie du quotidien de millions de Français : 20% de la population souffre de douleur chronique modérée à sévère. Fardeau pour le patient, son impact médico-économique est massif et estimé à des millions d'euros. La douleur n'est pourtant pas reconnue à la hauteur du fardeau qu'elle représente pour les patients et la société.

Objectif : Afin de faire de la lutte contre la douleur, sous tous ses aspects, une priorité de la politique de santé publique, il est proposé d'instaurer la douleur comme « Grande Cause nationale ».

Mise en œuvre : Président de la République / Premier Ministre / Ministère de la Santé

- Proposition 3 : Mettre en œuvre une campagne de sensibilisation auprès des professionnels de santé et du grand public

Contexte : Parmi les 12 millions de Français concernés par une douleur chronique, 70% ne reçoivent pas un traitement approprié et seuls 3% bénéficient d'une prise en charge dans l'une des 243 structures spécialisées (Structures Douleur Chronique : SDC). La douleur est encore aujourd'hui trop souvent ignorée et sous-évaluée, engendrant des retards dans la prise en charge et des situations d'errance diagnostique. Il existe un véritable défaut d'informations pour les patients et les professionnels de santé sur les possibilités de prise en charge par les structures spécialisées.

Objectif : Afin de lutter contre ce déficit d'information, il est suggéré de mettre en place une campagne de sensibilisation qui pourrait comprendre un volet publicitaire en direction du grand public (avec notamment la création d'une journée médiatique et d'information lors de la journée mondiale de lutte contre la douleur) et un volet événementiel avec une semaine de sensibilisation et d'information des professionnels et établissements de santé.

Mise en œuvre : Assurance Maladie / Ministère de la Santé

- Proposition 4 : Reconnaître la douleur chronique comme une Affection de Longue Durée (ALD)

Contexte : Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge de patients ayant une maladie chronique dont la gravité nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Aujourd'hui en France, plus de 10 millions de personnes en bénéficient, ce qui leur permet d'être prises en charge à 100% pour tous les soins et traitements nécessaires à la prise en charge de la maladie. Faute de doctrine précise élaborée par la HAS dans ce domaine, la douleur chronique ne fait aujourd'hui pas partie de la liste des ALD (ALD 30), empêchant pour certains patients un accès à des traitements efficaces.

Objectif : Afin de favoriser un meilleur accès aux traitements pour les patients douloureux, la reconnaissance de la douleur chronique en tant qu'ALD, ou à minima en tant qu'ALD hors liste (ALD 31 pour les affections ne figurant pas sur la précédente liste) doit pouvoir être garantie aux cas sévères et coûteux en soins, de manière homogène sur le territoire national.

Mise en œuvre : Ministère de la Santé et du Budget / HAS / UNCAM

II - Le renforcement de la formation des professionnels de santé et des patients

- Proposition 5 : Reconnaître la médecine de la douleur comme une spécialité médicale avec la création d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES)

Contexte : La formation en douleur lors des études médicales s'est développée dans les années 2000, devenant plus présente et plus visible à toutes les étapes de la formation des médecins (2^e et 3^e cycles, en formation obligatoire ou optionnelle). Ces avancées récentes ont permis une véritable universitarisation de la médecine de la douleur, qui dispose désormais d'un Conseil National Universitaire. Néanmoins, le vieillissement de la population des médecins de la douleur, et la baisse de l'attractivité pour les jeunes médecins - liée à la complexité des formations existantes et leur intégration fragile dans le parcours de formation des apprenants - rendent problématique le recrutement de futurs médecins de la douleur.

Objectif : Afin de renforcer l'attractivité de ces formations pour les jeunes médecins, il est nécessaire de poursuivre la démarche engagée en reconnaissant la médecine de la douleur comme une spécialité médicale à part entière et en créant un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES).

Mise en œuvre : Ministère de la Santé / Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

- Proposition 6 : Renforcer la formation continue des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes

Contexte : Le Développement Professionnel Continu (DPC) a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences, ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour tout professionnel de santé, quel que soit son mode ou secteur d'activité. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC. L'arrêté du 8 décembre 2015 (mise à jour en 2018) a franchi une première étape en faisant de la prise en charge de la douleur l'une des orientations nationales prioritaires du DPC des professionnels de santé pour les années à venir. Pourtant, les contraintes économiques, le manque de personnel et le manque de temps des professionnels limitent parfois l'accès aux formations en présentiel.

Objectif : Afin de concrétiser cet engagement et d'améliorer la formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur, il est suggéré de favoriser le développement de formations en e-learning (moins coûteuses et chronophages) à destination des professionnels en général et des médecins généralistes en particulier.

Mise en œuvre : HAS / Agence nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) / DGOS

- Proposition 7 : Soutenir la formation de patients experts en douleur chronique

Contexte : Les patients experts sont des patients qui ont acquis de solides connaissances sur leur maladie grâce notamment à l'éducation thérapeutique. Ils favorisent le dialogue entre les équipes médicales et les malades, et contribuent à améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes et favorisent l'éducation thérapeutique. Si la France est un des rares pays à proposer une formation sanctionnée par un diplôme universitaire pour devenir patient expert, il n'existe aucune formation spécifique relative à la douleur.

Objectif : Afin de faire du patient un acteur central de son parcours de soins et d'accompagner le développement des patients douloureux experts, il est proposé que soit intégré un module sur la douleur dans la formation des patients experts.

Mise en œuvre : Centres de formation (ex : Université des Patients) / Ministère de la Santé

III- La pérennisation des structures dédiées à la douleur chronique (SDC)

- **Proposition 8 : Reconnaître officiellement la SDC comme un dispositif pluriprofessionnel en soutien direct de l'équipe de soins primaires**

Contexte : Les Structures Douleur Chronique (SDC) ont été créées dans les années 1990 et sont des acteurs essentiels de la prise en charge de la douleur. Leur nombre a fortement progressé, passant de 96 en 2001 à 200 cinq ans plus tard. Il existe actuellement 243 SDC labellisées par les Agences Régionales de Santé (ARS). Le maillage soutenu des SDC a permis de réduire l'errance diagnostique et thérapeutique pour des millions de Français, et de soutenir médecins généralistes et spécialistes dans leur prise en charge des patients. La SDC permet de traiter un patient douloureux dans un cadre pluriprofessionnel, décloisonné, concerté, et en coordination entre les acteurs. La France est le seul pays à disposer d'une telle organisation et d'une telle conjonction de compétences et d'expertises.

Objectif : Afin de sanctuariser son rôle (aujourd'hui seulement encadré par une circulaire), la SDC doit être reconnue officiellement dans la loi comme un dispositif pluriprofessionnel en soutien direct de l'équipe de soins primaires, à la fois évaluateur des problématiques en cours, organisateur du parcours de santé spécifique de la plainte douloureuse, et effecteur de soins antalgiques, sans se substituer aux autres acteurs de référence mobilisés autour du patient.

Mise en œuvre : Ministère de la santé / Parlement

- **Proposition 9 : Sanctuariser le financement et les postes de médecins, psychologues, et infirmier(e)s au sein des SDC**

Contexte : Entités indispensables au paysage sanitaire de notre pays, les SDC sont aujourd'hui menacées. Victimes de leur succès - avec des délais d'accès qui ne cessent de s'allonger (13 semaines en moyenne et pouvant aller jusqu'à un an) - elles sont malheureusement confrontées au départ à la retraite de la moitié des effectifs dans les prochaines années, à la diminution drastique des infirmier(e)s, des psychologues, des secrétaires, qui menacent leur pérennité. Le maillage des SDC se détend au fil des ans, la distance géographique entre les patients et la SDC augmente, des consultations ferment et les patients se retrouvent sans suivi. Ce changement induit un phénomène de médecine à deux vitesses (zones urbaines VS zones rurales). Si rien n'est fait, 30% de ces SDC risquent de disparaître dans les années à venir pour des difficultés financières ou pour cause de départs de personnels non remplacés.

Objectif : Afin de permettre la pérennisation de ces structures, maillon essentiel dans la chaîne de soins, indispensables à la prise en charge des patients douloureux, il est demandé de sanctuariser leur financement et les postes de médecins, infirmier(e)s, et psychologues qui y exercent, par les établissements et les Agences régionales de santé (ARS).

Mise en œuvre : Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales (SGMAS) / ARS/ DGOS

- **Proposition 10 : Appliquer la reconnaissance d'une pratique avancée à l'exercice de l'infirmier(e) ressource douleur (IRD) au sein des SDC**

Contexte : L'infirmier(e) ressource douleur (IRD), en poste transversal et exerçant au sein d'une structure de prise en charge de la douleur, a pour mission de rechercher et d'apporter une réponse professionnelle adaptée à la douleur aiguë, chronique, induite par les soins, liée à l'état de santé du patient ou aux traitements. Au cours de ces dernières années, ils ont participé au développement d'une véritable culture dans la lutte contre la douleur, et apporté une contribution importante à la prise en charge des patients douloureux en appliquant leur expertise directement au service du patient douloureux chronique ou auprès d'un autre professionnel de santé. Les compétences spécifiques de l'IRD reflètent donc typiquement une pratique infirmière avancée (IPA).

Objectif : Afin de reconnaître les spécificités et compétences dédiées à la douleur de ces IRD, maillon clé au sein des SDC, il est proposé d'appliquer la reconnaissance en termes de pratique avancée à l'exercice de l'Infirmier(e) ressource douleur.

Mise en œuvre : DGOS / UNCAM

- **Proposition 11 : Appliquer la reconnaissance d'une activité clinique spécialisée à l'exercice des psychologues au sein des SDC**

Contexte : L'évaluation psychologique permet d'éclairer ce que vit psychiquement le patient douloureux, en lui-même et au sein de son environnement. Elle permet de questionner et dans certains cas d'enrayer l'escalade des examens cliniques, la surconsommation de soins, le nomadisme médical. Elle permet de sortir de la vision conventionnelle d'un ressenti uniquement corporel de la douleur dans lequel le patient est enfermé. Le rôle du psychologue en SDC, qui réalise les évaluations psychologiques, est donc clé et spécifique. En effet, il travaille avec une grille de lecture, des outils et méthodes particuliers. La fiche métier du psychologue en clinique de la douleur, validée par la commission professionnelle des psychologues et le Conseil d'Administration de la SFETD, rend compte de cette activité clinique spécifique.

Objectif : La reconnaissance d'une activité clinique spécialisée pleine et entière doit s'appliquer à l'exercice des psychologues afin de valoriser leur rôle au sein des SDC.

Mise en œuvre : Délégation ministérielle à la santé mentale

- **Proposition 12 : Améliorer la connaissance et l'accès des SDC auprès des professionnels de santé en ville en mettant à jour les annuaires existants et en créant une hotline**

Contexte : Les Structures douleur chronique sont un pivot essentiel du parcours de santé du patient douloureux. Pourtant, on constate une méconnaissance de leur rôle ou de leur spécificité par les professionnels de santé, notamment en ville. Le parcours de santé du patient douloureux doit se construire en adéquation avec les acteurs de santé en ville. Pour ce faire, il est nécessaire d'améliorer la visibilité et la connaissance des SDC auprès de ces professionnels en mettant à leur disposition des outils pratiques leur permettant de savoir où et comment adresser leurs patients douloureux.

Objectif : Afin d'améliorer l'adressage des patients vers les structures douleur chronique, il est proposé de mettre à jour les annuaires régionaux des SDC en intégrant les spécialités et expertises de chacune (pédiatrie, neurochirurgie, neuromodulation, etc.) et de créer des lignes d'accès permanent dédiées (*hotline*) à destination des professionnels de santé en ville permettant de répondre à leurs questions pour mieux adresser leurs patients douloureux dans tel ou tel établissement.

Mise en œuvre : Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales (SGMAS) / ARS/ DGOS

- **Proposition 13 : Reconnaître les consultations d'évaluation de la douleur (en SDC) comme complexes et les valoriser financièrement**

Contexte : Les consultations d'évaluation et de prise en charge de la douleur sont souvent longues, complexes, et impliquent plusieurs professionnels. Aussi, la prise en charge d'une situation douloureuse chronique, lors de la première consultation mais également des consultations de suivi, doit être valorisée comme un processus long, pluriprofessionnel, nécessitant un lien et une mise en cohérence de tous les acteurs (patient, professionnel, entourage). Afin de prendre en compte cette complexité inhérente aux consultations douleur, il est proposé de les valoriser financièrement. Aujourd'hui les SDC bénéficient d'une source de financement particulière et reçoivent notamment une dotation nationale MIG (Mission d'Intérêt Général), qui est une forfaitisation du fonctionnement de ces structures.

Objectif : Au-delà de la dotation MIG, il est nécessaire de bénéficier d'une valorisation financière complémentaire pour ces consultations de manière à pérenniser l'activité des structures.

Mise en œuvre : UNCAM / Ministère de la Santé

IV- L'optimisation du parcours de soins du patient douloureux

- Proposition 14 : Identifier et mieux définir de véritables parcours de santé pour la douleur chronique

Contexte : Le parcours de soins est la succession des actions de soins menées au bénéfice d'un patient. Développé dans le domaine des pathologies chroniques où il permet d'orienter le patient vers le type de soins le plus adapté (en fonction des données et de la situation), ce concept doit être élargi dans le domaine de la douleur à celui de parcours de santé. C'est ici la prise en compte des déterminants biopsychosociaux (facteurs psychologiques, sociaux, biologiques) et leur intrication qui doit être au premier plan. Il est possible dans certains cas de considérer le parcours de soins d'un patient douloureux selon la pathologie dominante (migraine, céphalées, douleurs cancéreuses, etc.). Cependant, lorsqu'il s'agit d'une douleur chronique à la problématique étiologique complexe et aux multiples composantes, la notion de parcours devient plus systémique, pas uniquement centrée sur les soins, s'appuyant surtout sur l'expérience clinique en particulier des SDC. Il est aujourd'hui nécessaire de formaliser un véritable parcours de santé. En ce sens, la HAS - en partenariat avec la SFETD et le Collège de la Médecine Générale - doit rendre prochainement ses conclusions sur le parcours de santé du patient douloureux chronique

Objectif : Dans le cadre de ces recommandations, il est suggéré d'inscrire le parcours de santé dans le cadre d'un dispositif pluriprofessionnel, fondement même d'une prise en charge adaptée des patients douloureux dont beaucoup sont en errance diagnostique et thérapeutique depuis de nombreux mois ou années.

Mise en œuvre : HAS / DGOS

- Proposition 15 : Renforcer la coordination entre l'hôpital et la ville

Contexte : Il existe un cloisonnement entre la médecine de ville et les acteurs du monde hospitalier. Chacun travaille en « tuyau d'orgue » alors qu'une coopération est plus que nécessaire entre les SDC et les équipes de soins primaires (ESP). La mise en commun des différentes expertises et le recours à ces autres acteurs permettraient de mieux prendre en charge les patients douloureux et de réduire de fait le délai d'accès aux consultations et centres douleur.

Objectif : Afin de renforcer cette coordination, plusieurs pistes peuvent être envisagées : partage entre médecins et soignants de ville et équipes de SDC d'une synthèse concernant la douleur dans le dossier du patient (comprenant ses diverses dimensions bio-psycho-sociales, et le parcours de soins choisi); organisation d'une astreinte téléphonique entre les infirmier(e)s libérales/équipes de soins primaires et les infirmier(e)s des SDC afin d'optimiser l'organisation du suivi des patients; promotion des réunions de concertation en SDC intégrant les professionnels libéraux; développement des consultations en douleur chronique en médecine de ville (généraliste ou spécialiste formés) permettant de débiter une prise en charge précoce. La collaboration entre équipes de SDC et intervenants libéraux ayant des compétences complémentaires dans le domaine de la douleur pourrait faire l'objet d'une charte.

Mise en œuvre : HAS / DGOS / Parlement

- Proposition 16 : Renforcer la collaboration des médecins du travail, scolaires, médecins conseil des CPAM, médecins des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) avec les SDC

Contexte : Les Structures Douleur Chronique (SDC) doivent constituer le pivot de la prise en charge du patient, et celui-ci doit bénéficier d'une feuille de route que l'on peut qualifier de projet personnalisé de santé (PPS) impliquant tous les acteurs. Un décroisement des structures de soins s'impose et une ouverture vers les acteurs de ville doit s'intégrer dans ce projet personnalisé de santé.

Objectif : A ce titre les médecins du travail, les médecins scolaires, les médecins-conseil des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), les médecins de l'autonomie des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) doivent être intégrés dans une prise en charge globale et cohérente du patient. Ils doivent connaître les modalités de fonctionnement des SDC et être partenaires des stratégies de décision via des

réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)¹, permettant d'aboutir à un projet de prise en charge intégré et partagé. Ils doivent pouvoir bénéficier d'une formation autour de la prise en charge de la douleur chronique.

Mise en œuvre : UNCAM/ Ministère de la Santé / Ministère de l'Éducation/ Ministère du Travail

- **Proposition 17 : Donner une meilleure information aux patients et un meilleur accès aux thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses et à l'innovation thérapeutique**

Contexte : Le parcours de soins du patient douloureux est souvent complexifié par i) par le manque d'information et de connaissance sur les traitements disponibles et leur utilité ii) le manque d'accès à l'ensemble des thérapies disponibles et aux innovations thérapeutiques. L'accompagnement et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont des moyens d'améliorer l'information du patient et son adhésion au traitement et au parcours de soins. Ce parcours peut comporter une prise en charge conventionnelle et/ou faire appel à des stratégies innovantes, et/ou non pharmacologiques. Ces approches complémentaires, telles que les approches psychocorporelles (hypnose, sophrologie,...) sont plébiscitées par les patients qui en bénéficient et doivent être mieux diffusées au sein des SDC et en libéral, et proposées plus largement aux patients qui peuvent en bénéficier.

Objectif : Afin de répondre à ces deux enjeux, il est nécessaire de permettre la mise en œuvre de programmes d'ETP par les SDC au sein même de la structure tout autant qu'en ambulatoire. Cela passe par des moyens humains pour l'élargissement des missions des équipes des SDC. En outre, l'accès aux nouvelles technologies de l'information au service de la santé (e-santé et télémédecine au sens large) doit être développé au sein des SDC pour l'ensemble des professionnels comme dans les lieux de prise en charge de la douleur aiguë (services d'urgence, salle de surveillance post-interventionnelles). Ces nouvelles technologies permettront d'améliorer la prise en charge et de faciliter l'information et l'accès des patients aux thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses et à l'innovation thérapeutique, pas toujours accessibles à proximité de leur résidence.

Mise en œuvre : DGOS / HAS / Agence du numérique en santé

- **Proposition 18 : Sécuriser l'utilisation des médicaments antalgiques et lutter contre le mésusage**

Contexte : Le mésusage d'un médicament correspond à son usage en dehors de son autorisation de mise sur le marché (AMM) ou dans un non respect des recommandations des autorités sanitaires/sociétés savantes. Le mésusage concerne principalement les antalgiques opioïdes, notamment les plus prescrits. En France, des données² rapportent, entre 2004 et 2015, une augmentation des décès imputables aux opioïdes de +161 % et une augmentation de + 128 % des hospitalisations liées à des overdoses aux opioïdes.

Objectif : Afin de sécuriser au mieux l'utilisation des médicaments antalgiques sans restreindre leur accès aux patients douloureux, il est recommandé de i) créer des campagnes d'informations répétées des autorités sanitaires à destination des usagers et professionnels de santé, notamment sur les risques et les populations vulnérables ii) initier une action de santé publique nationale - en lien avec l'observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA)³ - pour la réduction des overdoses aux antalgiques opioïdes avec un objectif à 5 ans de réduction d'au minimum 50% de ces complications évitables.

Mise en œuvre : Ministère de la Santé / Assurance Maladie / OFMA / ANSM / Santé publique France

¹ Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science. Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.

² Données françaises du PMSI, de CépiDC et du SNIIRAM analysées par l'observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA, Inserm 1107) et présentées à l'ANSM en mai 2017

³ L'observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA), créé fin 2017 a pour mission de participer à la pharmacovigilance et la promotion du bon usage de ces médicaments.

V- L'amélioration de la prise en charge des publics vulnérables

- **Proposition 19 : Intégrer de manière systématique une évaluation et prise en charge de la douleur auprès des personnes vulnérables (handicap, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, etc.)**

Contexte : La notion de population vulnérable correspond à des situations diverses dans le domaine de la douleur : nouveau-né, enfant, personne âgée, personne en situation de handicap moteur (psychique ou sensoriel), personne atteinte de maladie neurodégénérative, personne socialement précaire, personne incarcérée, souffrant d'addiction, etc. Prendre en charge la douleur a alors comme dénominateur commun la complexité tant de la détection et de l'évaluation que de la prise en charge. La douleur intervient assez souvent dans un contexte de troubles ou de difficultés de communication, de comorbidités, de troubles comportementaux, de difficultés d'accès aux soins. L'équipe de la SDC a aujourd'hui un rôle majeur quand elle est sollicitée pour l'évaluation de la douleur chez ce type de public (confiance, méthodes d'évaluation, adaptation des posologies, utilisation de traitements médicamenteux et non médicamenteux).

Objectif : Il est nécessaire que le principe de précaution s'applique toujours devant un patient non ou mal communiquant. L'évaluation systématique et la prise en charge pluriprofessionnelle de la douleur dans les situations de vulnérabilité, adaptées à chaque situation singulière, doivent être permises avec un recours à la SDC.

Mise en œuvre : Ministère de la Santé / Secrétaire d'Etat au Handicap / Secrétariat d'Etat à l'autonomie / Secrétariat d'Etat à l'Enfance / INCA / Délégation ministérielle à la santé mentale, CGLPL, etc.

- **Proposition 20 : Identifier et valoriser le rôle des équipes des Structures Douleur Chronique (SDC) auprès des acteurs institutionnels en charge des personnes vulnérables au quotidien (EHPAD, Foyers médicalisés et sociaux, prisons, unités pédiatriques...)**

Contexte : L'équipe de la SDC établit un lien étroit et de confiance avec l'équipe en charge de la personne vulnérable au quotidien. Le rôle transversal, de soins tout autant que médiateur, accompagnateur des acteurs de l'équipe de la SDC doit être davantage identifié et valorisé auprès des acteurs institutionnels en charge des personnes vulnérables : EHPAD, Maisons d'accueil spécialisée, unité pédiatrique, foyer d'accueil médicalisé, prison, foyers sociaux.

Objectif : Il s'agit à la fois i) de pérenniser et développer des Structures Douleur ayant une activité spécifique (SDC pour la douleur pédiatrique, spécialisée en santé mentale, etc.), ii) de permettre l'évaluation sur site hors SDC, sur le lieu de vie de la personne vulnérable en présence des professionnels du quotidien, des aidants, de la famille et iii) de former à la détection et à la prévention de la douleur les professionnels du quotidien des personnes vulnérables.

Mise en œuvre : Ministère de la Santé / Secrétaire d'Etat au Handicap / Secrétariat d'Etat à l'autonomie / Secrétariat d'Etat à l'Enfance / INCA / Délégation ministérielle à la santé mentale, CGLPL, etc.

- **Proposition 21 : Développer le nombre de structures spécialisées dans la douleur pour les enfants et le soutien au développement de médicaments antalgiques adaptés à un usage pédiatrique**

Contexte : Ainsi que l'a souligné la mission d'information sur le bilan de l'application de la loi cancer pédiatrique de l'Assemblée nationale, il existe un véritable « manque de professionnels formés, un faible nombre de structures dédiées consécutivement à un maillage territorial très inégal et un manque de médicaments antalgiques adaptés à un usage pédiatrique ». Ces insuffisances, d'ordre structurel, sont parfois si importantes que les oncologues rencontrent parfois des difficultés pour trouver le moyen de soulager leurs jeunes patients « qui se retrouvent de fait en errance thérapeutique ». Cette situation de manque, observable pour les enfants atteints de cancer, est malheureusement aussi valable pour les enfants et les adolescents migraineux, présentant des douleurs musculosquelettiques ou porteurs de handicaps.

Objectif : Afin de lutter contre ce problème, il est nécessaire d'augmenter le nombre de Structures Douleur dédiées à cette population (seulement 38 Structures Douleur Chronique pédiatriques actuellement) et développer des médicaments antalgiques adaptés à un usage pédiatrique.

Mise en œuvre : Secrétariat d'Etat à l'Enfance/ INCa

- **Proposition 22 : Améliorer la prise en charge de la douleur chez les patients atteints de cancer**

Contexte : Malgré les recommandations de bonne pratique et l'accès facilité aux opioïdes, de nombreuses enquêtes montrent que la prise en charge de la douleur liée au cancer est loin d'être optimale. La prévalence de la douleur chez les patients atteints de cancer, tous stades confondus est supérieure à 50 %, et les douleurs sont d'intensité modérée à sévère dans un à deux tiers des cas. La prévalence de la douleur aurait tendance à augmenter pour concerner 75 % des patients au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Cette population de patients en situation palliative de leur cancer n'est pas celle qui correspond le mieux à une prise en charge en Structure douleur chronique. Cependant, il est possible de proposer à ces patients une prise en charge optimale de leur douleur, limitant le risque de mésusages des antalgiques opioïdes alors même que 10 à 15% d'entre eux vont présenter des douleurs réfractaires.

Objectif : Afin d'optimiser la prise en charge des douleurs rebelles des patients atteints de cancers évolués et évolutifs, en situation palliative, il est proposé de renforcer les liens entre les équipes douleur et les équipes de soins palliatifs en articulant des compétences.

Mise en œuvre : INCa/ Centre national soins palliatifs et fin de vie / DGOS



Avec le soutien institutionnel des laboratoires Grünenthal



Feuille de route élaborée sur la base des contributions d'un Comité animé par le Pr. Frédéric Aubrun, Président de la SFETD et composé des experts suivants : Françoise ALLIOT-LAUNOIS, Vice-Présidente de l'AFLAR, Dr. Françoise CAPRIZ, Représentante de la SFGG, Séverine CONRADI, Secrétaire Générale de la SFETD, Pr. Anne DUCROS, Représentante de la SFMEC, Dr. Virginie GUASTELLA, Représentante de la SFAP, Dr. Nabil HALLOUCHE, Président de l'ANP3SM, Dr. Virginie LVOVSCHI, Représentante de la SFMU, Dr. Serge PERROT, Vice-président de la SFETD, Pr. Gisèle PICKERING, Représentante de l'EFIC en France, Pr François RANNOU, Secrétaire Scientifique de la SOFMER, Carole ROBERT, Présidente de Fibromyalgie France, Nathalie DE PARIS et Catherine SEBIRE, Directrices de l'AFVD, Dr. Barbara TOURNAIRE, Représentante de Pédiadol.

Document réalisé avec le support du Cabinet Nextep