

2<sup>e</sup> édition février 2008


# La douleur



## en questions

Société française d'étude et de traitement de la douleur  
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Avant-propos . . . . .	3
Introduction . . . . .	5
Pourquoi <i>La Douleur en questions</i> ? . . . . .	9
<b>1</b> Mécanismes de la douleur . . . . .	10
<b>2</b> Douleur aiguë . . . . .	14
<b>3</b> Douleur neuropathique . . . . .	18
<b>4</b> Psychologie et douleur . . . . .	22
<b>5</b> Évaluer la douleur . . . . .	26
<b>6</b> Douleur provoquée par les soins . . . . .	30
<b>7</b> Douleur postopératoire . . . . .	34
<b>8</b> Migraine et céphalées . . . . .	38
<b>9</b> Douleurs orofaciales . . . . .	42
<b>10</b> Lombalgie chronique commune . . . . .	46
<b>11</b> Douleur du cancer . . . . .	50
<b>12</b> Douleur de l'enfant . . . . .	54
<b>13</b> Populations à risque : personnes non-communicantes, personnes handicapées, personnes âgées non-communicantes . . . . .	58
<b>14</b> Médicaments de la douleur . . . . .	62
<b>15</b> Opioïdes . . . . .	66
<b>16</b> Moyens non-pharmacologiques, principales approches alternatives . . . . .	74
<b>17</b> Placebo . . . . .	78
<b>18</b> Structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle . . . . .	82
<b>19</b> Pour s'informer et se former . . . . .	86
Le contrat d'engagement contre la douleur . . . . .	90
Bibliographie . . . . .	92
Glossaire . . . . .	95
Remerciements . . . . .	96




**L**’HUMANITÉ PEUT SE DÉFINIR, mieux encore que par la Raison, par la capacité de se rendre sensible à la souffrance d’autrui et de se représenter sa douleur. Cette sensibilité, au lieu d’enfermer chacun sur lui-même, ouvre aux autres par la force de l’imagination. Ainsi, comme l’écrivait Rousseau « celui qui n’imagine rien ne sent que lui-même, il est seul au milieu du Genre humain ».

Le geste soignant implique par définition cette disposition éthique sans laquelle le progrès des sciences et le perfectionnement des techniques ne sauraient justifier tant d’efforts. Le geste soignant, entre tous, se déploie dans cet entrelacs d’humanité et de compétence qui donne sens à la vocation médicale.

Lutter contre la douleur constitue, dans cet esprit, l’essence même de la philosophie du soin. La souffrance d’autrui, en effet, est d’abord un appel à notre conscience morale. C’est cette obligation qui fonde le droit des malades, reconnu par la loi du 4 mars 2002, à bénéficier des traitements appropriés visant à soulager leur douleur, qu’elle soit aiguë ou chronique. C’est cette obligation qui a déterminé les pouvoirs publics à mettre en place un *Plan d’amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*. C’est ce même devoir qui nous impose aujourd’hui de prendre en compte cette question avec la plus grande acuité, au travers notamment de grandes priorités présidentielles (Alzheimer, cancer, soins palliatifs).

Comme en atteste ce livret, produit d’un travail exemplaire, la douleur chronique exige tout particulièrement des modalités de prise en charge au long cours qui supposent une réflexion pluridisciplinaire. C’est dans cette perspective, ici clairement tracée, qu’il nous revient désormais de travailler, convaincus de la dimension éthique de notre engagement. Notre capacité à répondre aux problèmes complexes posés par la maladie chronique pourrait même constituer un des critères permettant d’évaluer plus globalement la qualité de notre système de santé.

**Roselyne Bachelot-Narquin**  
Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports



**P**ENDANT TROP LONGTEMPS la douleur a été vécue comme une fatalité. Et pourtant, l'évolution des connaissances nous donne aujourd'hui les moyens permettant de réduire dans des proportions importantes certaines douleurs. Mais plus que les connaissances, ce sont les mentalités qui doivent évoluer. En effet, pendant des siècles et maintenant encore, la médecine ne s'est préoccupée qu'avec « parcimonie » ou plutôt un certain dédain de la douleur physique et de la souffrance des hommes.

Désormais, des considérations éthiques et morales ne peuvent plus être écartées de l'élaboration et de la mise en application d'un projet de soins. Une information adaptée doit être donnée, surtout en matière de prise en charge de la douleur : elle doit répondre à ce que le patient est en droit d'attendre. Il n'est plus imaginable, aujourd'hui, de développer un objectif prioritaire de santé publique, sans la participation de l'ensemble des soignants : médecins, infirmiers (ères), étudiants, kinésithérapeutes, psychologues, agents hospitaliers... ainsi d'ailleurs que sans celle des représentants des usagers du système de santé, c'est-à-dire le patient et sa famille. La lutte contre la douleur est inséparable de l'évolution de ces idées. Elle est un véritable enjeu de santé publique, critère de qualité et d'évolution d'un système de santé.

La douleur n'est ni une rédemption ni une punition, son soulagement peut jouer un rôle dans la guérison de la personne malade. Socialement, la douleur peut être si invalidante qu'elle interdit ou empêche toute activité artisanale, agricole, sociale et professionnelle pour celui qui souffre. La souffrance peut être si intense qu'elle laissera des cicatrices indélébiles. Sa prise en charge répond à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme en raison des retentissements physique et psychique. Elle induit un handicap qui exclut progressivement ou brutalement le patient de la société, devient une source d'exclusion supplémentaire et un facteur d'inégalité sociale.

Les systèmes de santé doivent se soucier autant du malade que de la maladie. Il n'est plus admissible que l'on se préoccupe exclusivement de l'efficacité des moyens thérapeutiques mis en œuvre. S'ils ne sont pas suffisants, car ils ne le sont jamais, les moyens thérapeutiques permettent de prendre en charge une grande partie des douleurs qui existent, mais sûrement pas toutes. Si les moyens sont là ; les recommandations, les protocoles, les « guide-line » manquent ; la stratégie thérapeutique fait défaut ; il faut éduquer, il faut apprendre, il faut concevoir, il faut diffuser les expériences de



chacun. Il faut que les soignants confrontent leur savoir faire et le fassent savoir. C'est la raison de ce livret.

Avec la fièvre et la fatigue, la douleur est un des premiers motifs de consultation médicale. En France<sup>1</sup> : 31,7% des patients interrogés (20 605 000 Français) présentent des douleurs chroniques, pour 19,9% (12 935 000) elles sont d'intensité modérées à intenses. 46,3% d'entre eux ont moins de 60 ans. La douleur est le principal symptôme entraînant un recours urgent ou non programmé en médecine de ville (75% des patients DREES 2007)<sup>2</sup>. La douleur est également le symptôme principal des maladies chroniques selon les usagers eux-mêmes. En Europe<sup>3</sup> : 20% des adultes européens ont une ou plusieurs douleurs. L'intensité médiane est de 5 sur 10 sur une durée médiane de 6 mois. Un tiers considère sa douleur comme insupportable et 1 patient sur 6 a déjà pensé au suicide.

Cette succession de chiffres montre s'il en était besoin l'importance de ce problème de santé. Les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités, de handicaps, d'invalidité et d'altérations majeures de la qualité de vie. Outre les aspects humains ou médicaux, les douleurs chroniques ont des conséquences économiques : absentéisme au travail, puis arrêt de travail aboutissant à l'invalidité, incapacité des sujets à assumer leurs rôles familiaux et sociaux. L'enquête observationnelle, menée par la SFETD en 2007 sur les patients atteints de douleurs neuropathiques, montre que 65% d'entre eux ont moins de 60 ans et que la majorité d'entre eux sont en arrêt maladie prolongée (>6 mois), voire en invalidité 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> catégorie<sup>4</sup>. Les répercussions financières sont importantes : 100 milliards de Dollars par an aux USA<sup>5</sup>, il n'y a pas d'étude en France.

La survenue de douleurs chroniques est plus fréquente chez les personnes âgées que chez les jeunes. D'autre part, l'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter dans notre pays et en Europe. La population vieillit du fait de la diminution régulière de la fécondité que l'on observe depuis plusieurs années, mais aussi en raison d'une forte réduction de la mortalité aux âges avancés depuis 1985. En 1998, l'espérance de vie à la naissance atteint 74,6 ans pour les hommes et 82,2 ans pour les femmes, elle continuera d'augmenter encore dans les années à venir, davantage pour les hommes que pour les femmes.

D'après des projections basées sur des hypothèses modérées, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui était de 7,8 millions en 1990, va dépasser les 13 millions en 2020 soit un accroissement de deux tiers. Quant au grand âge, celui des seniors de 85

ans et plus, il va exploser : son effectif de moins de 900 000 en 1990 va dépasser les 2 millions en 2020, soit un coefficient multiplicateur de 2,4. Dès lors, on comprend que la survenue de pathologie rhumatologique, cancéreuse et toute autre cause de douleur est à prévoir en plus grand nombre pour cette population.

Mais la douleur peut, également et surtout, survenir sans que soit mise en jeu l'espérance de vie : ce sont les douleurs chroniques bénignes, qui d'ailleurs devraient être identifiées sous une autre appellation. En effet, une douleur qui persiste pendant des années, voir des dizaines d'années n'a vraiment rien de bénin. Elle va avoir des répercussions tellement importantes que la vie du patient va être transformée entraînant absentéisme voire chômage ou licenciement, difficultés familiales (rejet, rupture, divorce ou au contraire maternage, infantilisme...), psychologiques (anxiété, dépression...), médico-légales (invalidité, procès...). Ces douleurs-là ne vont pas diminuer la vie, mais vont la rendre impossible. Elles doivent être prises en charge dans une structure spécialisée quand les thérapeutiques habituelles sont restées inefficaces.

Le moment est venu de changer les attitudes qui restent trop figées vis-à-vis de la douleur et encore plus vis-à-vis de la souffrance. L'introduction d'une « culture anti-douleur » au sein des pratiques et des exercices nécessite le changement des comportements de l'ensemble des professionnels de santé, mais aussi celui des malades et de leurs proches.

Demain, notre système de santé sera aussi jugé sur la façon dont il prend en compte la douleur. Elle est reconnue comme un droit fondamental de toute personne par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002. Lutter contre la douleur est une obligation éthique pour les soignants, l'essence même de la philosophie du soin. Elle devrait être reconnue comme une maladie, au même titre que le diabète ou les pathologies cardio-vasculaires...

La qualité d'un système de santé est définie par la prise en compte de l'efficacité du traitement proposé mais aussi par le soulagement de la souffrance des patients. Dès lors, l'amélioration de la prise en charge de la douleur doit être un de nos objectifs essentiels.

**Alain Serrie**  
Président de la SFETD



## Pourquoi *La Douleur en questions* ?

*La Douleur en questions* est un mémento destiné à l'ensemble de la communauté des soignants. Conçu par un comité de rédacteurs experts, cet ouvrage concrétise la volonté de créer un outil pratique pour que la douleur soit reconnue sous ses différentes

formes et prise en charge en tant que telle.

Avec pour objectif de diffuser largement ce message, le choix s'est porté sur une rédaction ouverte, tout en respectant la pertinence du contenu médical. Les textes élaborés à partir de propositions de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) ont été relus et validés par seize sociétés savantes et collèges de la douleur.

*La Douleur en questions* balise l'essentiel de ce que chaque soignant doit savoir pour partager la somme minimale de connaissances nécessaires au soulagement de la douleur dans différentes situations cliniques.

Cet outil pragmatique dans son contenu et pratique d'utilisation par son format, est organisé en questions/réponses pour une lecture facile et immédiate. Les questions sont celles posées le plus fréquemment par les patients. Elles appellent des réponses adaptées. La tonalité des échanges soignant-patient est différente selon que l'on traite par exemple d'opioïdes ou de lombalgie chronique commune. Ceci explique la présence de plusieurs niveaux de langage dans l'expression des réponses.

Dans l'esprit mémento, chaque chapitre est autonome. Une lecture linéaire, chapitre après chapitre, fait apparaître des répétitions utiles pour une compréhension complète lors de la lecture d'un chapitre particulier. Ce principe permet de préserver l'unité de sens autour d'une thématique.

Les renvois vers d'autres chapitres correspondent à des compléments d'information par rapport au thème traité. Les notes en marge approfondissent quelques aspects importants et les remarques sur fond de couleur attirent l'attention sur des points spécifiques.

Les chapitres qui comportent une ou plusieurs prescriptions, dont la pratique est réglementée et réservée aux professions médicales autorisées, sont signalés par le pictogramme ci-contre.



Prescripteurs

*La Douleur en questions* est disponible sur les sites [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr), [www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr) et [www.sfetd-douleur.org](http://www.sfetd-douleur.org). Cette édition est la mise à jour 2008 de la parution originale de novembre 2004.