

2015-2016

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

**L'histoire de la prise en charge
globale de la douleur et le cas
particulier en réanimation**

--

De Brueker Vanessa

Née le 16 Octobre 1988 à Decize (58)

Membres du jury

M. Larcher Gérald | Président

Mme Baglin Isabelle | Co-Directrice

M. Hubault Philippe | Co-Directeur

Mme Braud Cathie | Membre

Soutenue publiquement le :
13 Octobre 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Vanessa De Brueker

déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **14 / 09 / 2016**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle Richard

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas Lerolle

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine

FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophthalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine

ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine

FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine

FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

À Monsieur HUBAULT qui s'est investi et m'a aidée tout au long de mon travail ainsi que pour ses conseils lors de la rédaction de ma thèse.

À Madame BAGLIN qui a toujours répondu rapidement à l'ensemble de mes questions. Je la remercie également de s'être investie dans mon travail.

À Cathie qui a bien voulu m'aider et faire partie de mon jury. Je la remercie aussi pour ses encouragements et sa présence au cours de mes études.

À Monsieur LARCHER qui a bien voulu être présent et présider mon jury lors de la soutenance de ma thèse.

À mes amis de la Faculté de Pharmacie, Laura, Marine, Noémie, sans oublier Benjamin et Bastien d'avoir été présents au cours de mes années d'études et de m'avoir soutenue cette année.

À la bande des gars (Fabien, Alexandra, Histe, Maxime, Justine, Charly, Clément, Manu) pour leur soutien moral qui m'a permis de m'évader le week-end.

À ma Mélanie qui est loin mais qui a toujours été là pour moi. Je la remercie pour ses messages d'encouragements et sa présence depuis le lycée.

À Loulou qui a toujours été à mes côtés, même dans les moments plus difficiles. Il m'a donné du courage ces quatre dernières années.

À ma maman et Alain, qui m'ont donné des conseils et qui m'ont beaucoup aidée dans la réalisation de ce travail. Je remercie surtout ma maman qui a été très patiente et s'est investie dans ce travail par sa présence et son temps.

À mon papa et Nadine qui sont loin mais qui m'ont toujours soutenue dans mes choix. Ils ont toujours été présents pour moi.

À Olivier et Aurélie qui m'ont toujours protégée face aux épreuves. Je remercie également le reste de ma famille dont Claire et Tinou, qui ont cru en moi.

À Marie-Pierre pour son écoute ainsi que ses conseils ce qui m'ont beaucoup aidée. Elle n'a cessé de me soutenir et encourager ces deux dernières années.

À Emmanuelle BRIANCEAU, qui a cru en moi et m'a donné l'envie d'avancer.

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS
INTRODUCTION
L'HISTOIRE DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA DOULEUR	1
1. L'histoire.....	1
1.1. La Préhistoire	1
1.2. Les civilisations anciennes	2
1.3. Le Moyen Âge	14
1.4. L'Époque moderne du XVème au XVIIIème siècle	15
1.5. L'Époque contemporaine	20
2. Les problèmes rencontrés face à la prise en charge de la douleur	33
2.1. Étude EPIDOL	33
2.2. Enquête EPIC.....	35
2.3. Autres enquêtes	38
2.4. Que peut-on en conclure sur la prise en charge de la douleur en France, d'après ces différentes enquêtes ?	44
3. Pourquoi existe-t-il des problèmes dans la prise en charge de la douleur en France ?	45
3.1. L'évaluation de la douleur	45
3.2. Les traitements mis en causes dans l'insuffisance de la prise en charge de la douleur	47
3.3. Question financière et d'organisation ?.....	55
3.4. En fonction du patient.....	55
3.5. L'aspect culturel en France.....	56
3.6. Bilan	59
LE CAS PARTICULIER EN REANIMATION	60
1. Le service de réanimation	60
1.1. L'histoire de la réanimation	60
1.2. En quoi le service de réanimation est un cas particulier	61
1.3. Les problèmes de prise en charge de la douleur en réanimation	63
2. Enquête sur la prise en charge de la douleur au Centre Hospitalier de Laval, dans le service de réanimation	65
2.1. Objectifs	65
2.2. Méthode	65
2.3. Résultats	68
3. Analyse des résultats.....	80
4. Bilan de ce travail réalisé en réanimation	86
4.1. Les biais.....	86
4.2. Les limites	86
4.3. Les résultats	86
DISCUSSION	88
PERSPECTIVES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN FRANCE.....	90
1. Pourquoi la prise en charge de la douleur doit être une priorité en France ?	90
1.1. Les données concernant la prise en charge de la douleur en France	90

1.2.	Les conséquences d’une mauvaise prise en charge de la douleur en France.....	91
2.	Les Mesures en faveur de l’amélioration de la prise en charge de la douleur	92
2.1.	Les différentes mesures prises par le gouvernement	92
2.2.	Les différents organismes de lutte contre la douleur.....	98
3.	Comment l’ensemble des professionnels de la santé peuvent-ils améliorer la prise en charge de la douleur ?	101
3.1.	Le rôle des soignants	101
3.2.	Le rôle du pharmacien.....	105
4.	Les perspectives au niveau des molécules	109
4.1.	Nouvelle méthodologie de prise en charge de la douleur	109
4.2.	Uniformisation de la prise en charge de la douleur au sein de l’Europe	111
4.3.	Les perspectives concernant les molécules	112
5.	Les différents points à travailler afin d’aboutir à une meilleure prise en charge de la douleur	120
5.1.	Les aspects culturels	120
5.2.	Le développement des procédures de bonnes pratiques	120
5.3.	Les échelles d’évaluation de la douleur	122
5.4.	Le rôle des nouvelles technologies	123
	CONCLUSION	125
	BIBLIOGRAPHIE.....	127
	TABLE DES MATIERES	138
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	142
	TABLE DES TABLEAUX	145
	ANNEXE I - L’ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)	147
	ANNEXE II – LE SATIVEX®	149
	ANNEXE III – LES OPIOÏDES	150
	ANNEXE IV – L’ÉCHELLE BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS).....	153
	ANNEXE V - LA LISTE DES CENTRES D’ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR.....	155
	(CETD) DES PAYS DE LA LOIRE (188)	155
	ANNEXE VI - ÉCHELLE SAN SALVADOR	156
	ANNEXE VII – L’ÉCHELLE DOULEUR ENFANT GUSTAVE ROUSSY (DEGR).....	158
	ANNEXE VIII – L’ÉCHELLE DOLOPLUS	160
	ANNEXE IX – L’ÉCHELLE ALGOPLUS.....	162
	ANNEXE X – L’ÉCHELLE DN4	163
	ANNEXE XI - L’ÉCHELLE HAD (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION)	164

Liste des abréviations

AAF	Association Anesthésiologiste Française
AAC	Arthritis Advisory Committee
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AINS	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
APN	AminoPeptidase N
ASIC	Acid-Sensing Ion Channel
ATICE	Adaptation To Intensive Care Environment
ATP	Adénosine TriPhosphate
BPS	Behavioral Pain Scale
BPS-NI	Behavioral Pain Scale-No Intubated
CCK	CholéCystoKinine
CETD	Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLUD	Comités de Lutte contre la Douleur
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRD	Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur
COEGD	Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur
DCI	Dénomination Commune Internationale
DEGR	Douleur Enfant Gustave Roussy
DN4	Douleur Neuropathique en 4 questions
EPIC	European Pain In Cancer survey
Epsidone	Enquête patient, soins et intervenants de la douleur neuropathique
ESPS	Enquête Santé Protection Sociale
EVA	Échelle Visuelle Analogique
FDA	Food and Drug Administration
HAD	Hospital Anxiety and Depression scale
HAS	Haute Autorité de Santé
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
HP	Haute Puissance
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IASP	International Association for Study of Pain
ICU	Intensive Care Unit

INCa	Institut National du Cancer
INPES	Institut National de prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
ISRS	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
LI	Libération Immédiate
LP	Libération Prolongée
NEP	Néphrilyse
NGF	Nerve Growth Factor
NHWS	National Health and Wellness Survey
NMDA	N-Méthyl-D-Aspartate
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCA	Patient controlled Analgesia
PCEA	Patient controlled Epidural Analgesia
PL	PharmaLeads
RBP	Recommandation des Bonnes Pratiques
RCP	Résumé des Caractéristiques du Produit
SFAAR	Société Française d'Anesthésie, d'Analgesie et de Réanimation
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SFETD	Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur
SMR	Service Médical Rendu
SNC	Système Nerveux Central
SRLF	Société de Réanimation de Langue Française
STOPNET	Study Of the Prevalence of Neuropathic Pain
THC	TétraHydroCannabinol
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VNI	Ventilation Non Invasive

Introduction

La douleur est un symptôme connu par tous que ce soit par notre propre expérience, par l'intermédiaire de l'un de nos proches ou encore par notre éducation professionnelle. Elle nous touche tous à un moment ou à un autre dans notre vie. La douleur est un vaste sujet, complexe (à composantes multiples : physique, psychologique, autres ...) et parfois compliqué (difficile à comprendre).

La douleur est assimilée à « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage », d'après L'International Association for the Study of Pain (IASP) (1).

Différents types de douleur existent, ce qui rend le diagnostic et la prise en charge difficile. Ces douleurs sont regroupées en trois catégories selon leurs mécanismes physiologiques. Il existe les douleurs par excès de nociception, qui sont les plus courantes, les douleurs neurogènes ou autrement appelées les douleurs neuropathiques et en dernier les douleurs psychologiques ou psychogènes (Tableau 1) (2).

À cela peuvent s'ajouter les douleurs mixtes qui sont à la fois provoquées par une surexcitation des récepteurs nociceptifs et par l'atteinte d'un nerf (3; 4).

	Douleur par excès de nociception	Douleur neurogène
Physiopathologie	. Stimulation des nocicepteurs	. Lésion nerveuse périphérique ou centrale
Chronicité	. Aiguë	. Chronique
Sémiologie	. Rythme mécanique : maximale en fin de journée, calmée par le repos, ne réveillant pas la nuit et provoquée par la mobilisation. . Rythme inflammatoire : Nocturne, articulaire, raideur matinale, diminuant avec la mobilisation.	. Composante continue (sensation de brûlure). . Composante fulgurante, intermittente (sensation de décharges électriques). . Dysesthésies (sensation de fourmillements, picotements).
Topographie	. Régionale, sans topographie neurologique	. Compatible avec une origine neurologique périphérique ou centrale

Examen clinique	. Examen neurologique normal	. Signes d'hyposensibilité (Hypoesthésie, anesthésie). . Signes d'hypersensibilité (allodynie).
------------------------	------------------------------	--

Tableau 1 : Comparatif douleur par excès de nociception et douleur neurogène (2)

En plus de cette classification, une douleur peut être dite aiguë (atteinte tissulaire brutale), chronique (douleur « évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient ») ou induite (douleur suite à des soins) (Tableau 2) (5; 6) . Cette notion est primordiale pour orienter la prise en charge de la douleur.

	Douleur aiguë	Douleur chronique
Finalité biologique	. Utile . Protectrice . Signal d'alarme	. Inutile . Destructrice . Maladie à part entière
Mécanisme générateur	. Unifactoriel	. Plurifactoriel
Réactions somatovégétatives	. Réactionnelles	. Entretien
Composante affective	. Anxiété	. Dépression
Comportement	. Réactionnel	. Renforcé
Modèle de compréhension	. Médical classique	. Pluridimensionnel « Somato-psycho-social »

Tableau 2 : Comparaison des douleurs aiguës et chroniques (non cancéreuses) (5)

La douleur est un symptôme d'alerte permettant la prise en charge du patient. Cependant, elle peut se transformer en maladie. Au cours des différents siècles la douleur n'est pas perçue de la même manière selon les croyances. Elle est souvent assimilée à un fléau.

Dans un premier temps va être relaté l'histoire de la prise en charge globale de la douleur de l'Antiquité jusqu'à nos jours. Puis un état des lieux va être établi afin de mettre en avant les différentes difficultés dans cette lutte contre la douleur qui apparaissent en France. À partir de ces constats, nous allons essayer de comprendre pourquoi il subsiste encore en France autant de problèmes.

Dans un second temps, une enquête réalisée dans le service de réanimation du Centre Hospitalier de Laval (CH) va être présentée dans le but d'illustrer les propos exposés dans la première partie.

Ensuite une discussion va permettre de comparer les problématiques relevées dans l'enquête en réanimation à celles issues des données de la littérature.

Enfin, plusieurs perspectives vont être présentées afin de donner des réponses à ces problématiques pour améliorer la prise en charge de la douleur.

L'histoire de la prise en charge globale de la douleur

L'histoire de la prise en charge globale de la douleur va être développée en trois temps afin de comprendre l'évolution de celle-ci. Tout d'abord, nous allons nous intéresser à l'évolution de la prise en charge de la douleur au cours des différents siècles. Puis, un bilan récent de la douleur, en France, sera établi. Nous mettrons en avant les problèmes qui peuvent subsister encore à l'heure actuelle. À partir de ceux-ci nous allons essayer de comprendre pourquoi la prise en charge de la douleur est-elle encore insuffisante ?

1. L'histoire

La douleur n'a pas toujours été analysée et comprise de la même façon entre les époques et en fonction des différentes cultures (7). À partir de ce constat, il est intéressant de reprendre l'évolution de la prise en charge de la douleur afin de mieux comprendre cette dernière.

1.1. La Préhistoire

La douleur était perçue comme surnaturelle. Pour les hommes préhistoriques, leurs souffrances ainsi que leurs douleurs provenaient du démon (8).

À cette époque, peu de méthodes pour soulager la douleur étaient connues. Pour apaiser certaines pathologies fréquentes comme pour les tumeurs osseuses et les excroissances quelques pratiques sont décrites dans la littérature. Les seules techniques utilisées à cette époque consistaient à exécuter des gestes d'instinct. Parmi ceux-ci il a été répertorié le frottement à l'endroit douloureux mais aussi l'application de froid. D'après certains auteurs ces réflexes proviennent du comportement animal (9).

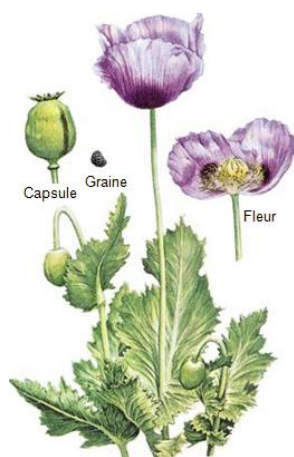


Photo 1 : Le Pavot (10)

À la fin de cette ère soit environ 3 100 ans avant JC, il a été retrouvé, dans les habitats néolithiques, des capsules de pavot ainsi que des graines de pavot (Photo 1) en Suisse et en Espagne. Cette découverte laisse penser que les hommes à cette époque utilisaient déjà les propriétés analgésiques et sédatives du pavot (11; 12).

1.2. Les civilisations anciennes

1.2.1. L'Antiquité Gréco-Romaine

a) Avant JC

Dès 850 avant JC, les médecins grecs prescrivaient fréquemment le pavot. Le poète Homère cite cette plante dans l'Odyssée, pour vaincre les douleurs des guerriers suite au combat. Associé au vin il était administré sous forme de boisson. Cette préparation était connue sous le nom de Népentès (11; 12). Dès le V^e siècle avant JC, Diagoras évoque les dangers que peut provoquer l'opium et met en garde la société envers l'utilisation de cette substance (11).

Au V^e siècle avant JC, la douleur s'exprimait au travers des tragédies grecques. Ces dernières décrivaient la douleur par sa brutalité, sa réalité et son imagination. À cette époque les premiers qualificatifs, pour décrire l'intensité de la douleur apparaissent, avec les termes « légère » ou « douce », « forte » ou « aiguë » (7).

Hippocrate, le père de la médecine, décrit l'importance de la relation entre le médecin et son patient, surtout pour la prise en charge de la douleur (7; 11). Ce dialogue permet de dévoiler le site de la douleur et ainsi orienter la prise en charge. En effet, les paroles du patient exprimant la douleur permettent au médecin de poser un diagnostic et un pronostic, de là est apparu le « triangle hippocratique » qui est composé du patient, de sa maladie et du médecin (7; 13).

Hippocrate découvrit qu'une douleur plus intense pouvait masquer une seconde douleur située à un endroit différent dans le corps, cette hypothèse fut décrite dans le *Corpus hippocratique* (7). Ce dernier se compose d'une soixantaine d'ouvrages (14). Ces écrits regroupent de nombreuses données sur la médecine, qui vont par la suite beaucoup orienter les médecins. Le *Corpus hippocratique* fut publié en 280 avant JC (11; 14).

En 460 avant JC, plusieurs plantes furent utilisées par Hippocrate tel que l'écorce de saule pour soigner la douleur comme celle subie en gynécologie (9) (12). Ce médecin consacra une grande partie de sa vie à étudier les plantes, en les utilisant et en essayant de décrire les caractéristiques de chacune. Hippocrate fut un des premiers médecins à définir les attributs du pavot. Il lui désigna entre autres des propriétés narcotiques et constipantes. En revanche, aucun écrit d'Hippocrate ne fait mention de ses propriétés analgésiques (11). Pourtant, Hippocrate employait cette plante dans la prise en charge de nombreuses douleurs, sûrement grâce à ses propriétés narcotiques. Déjà à ce moment-là, ce médecin prévient des surdosages possibles pouvant provoquer la mort. Cette donnée fut parfois

utilisée à des fins tragiques comme à Cos où la pauvreté ne permettait pas de subvenir aux besoins de toute la population de l'île. Les personnes de plus de 60 ans furent exécutées par la surconsommation de pavot (12).

Par la suite les médecins dits hippocratiques utilisèrent en gynécologie des plantes narcotiques comme le pavot (Photo 1), la morelle (Photo 2), la mandragore (Photo 3) et la jusquiame (Photo 4), afin de lutter contre la douleur (7).



Photo 2 : La Morelle noire (15)



Photo 3 : La Mandragore (16)



Photo 4 : La Jusquiame (17)

Alexandre Le Grand utilisait le pavot mais plus précisément l'opium, qui est le suc séché de la capsule du pavot (*Papaverum somniferum*) (Photo 1 et 5), pour soulager ses propres migraines. Il favorisa ainsi la diffusion de cette substance au niveau de l'Asie lors de ses conquêtes (11).



Photo 5 : Capsule de pavot (18)

Dans l'Antiquité, la connaissance du corps humain devient primordiale pour les médecins afin de prendre en charge au mieux les patients. Hérophile, médecin de l'époque, réalisa des vivisections sur les criminels pour élargir les connaissances médicales (7).

b) Le 1er siècle après JC

La médecine Romaine du 1er siècle est divisée en trois sectes qui comportent les dogmatiques, les empiriques et les méthodistes. Chaque classe a sa manière de voir la maladie et sa prise en charge, par exemple les dogmatiques vont s'intéresser aux différentes causes possibles qu'elles soient cachées ou visibles, mais aussi à la composition des organes et aux actions naturelles. Les empiriques quant à eux vont uniquement se pencher sur les faits observés lors des expériences et ne pas se préoccuper des causes cachées. En ce qui concerne les méthodistes, ils vont rechercher les points communs entre les différentes maladies connues et leur prise en charge pour étendre les indications des traitements connus (7).

Celse, vulgarisateur et encyclopédiste, se positionne dans un groupe à part. Il se rapproche davantage du *Corpus hippocratique*. En effet, pour lui la douleur est importante, car elle a pour but d'annoncer une maladie et d'en donner son pronostic. Cependant, pour Celse il est nécessaire, déjà à cette époque, de soulager la douleur une fois qu'elle a fourni toutes les informations possibles, avec la phrase : « la douleur n'a pas d'autre signification que d'annoncer telle ou telle maladie et d'en fournir le pronostic, son sens s'épuise dans ces signes et, corollairement, elle n'appelle rien d'autre que les gestes qui la soulagent » (7). Celse exprima ses idées avec l'écriture de huit livres sur la médecine, *De re medicina*, dont le cinquième tome est dédié aux médicaments existants à cette époque (7; 11).

Comme de nos jours, la douleur était définie comme une sensation complexe puisqu'il n'existait pas une seule douleur mais des douleurs. Celles-ci étaient perçues comme subjectives et étaient caractérisée par des « couleurs ».

Les douleurs variaient selon l'âge, le sexe, les saisons. En ces temps-là, certaines saisons telles que l'été et l'automne étaient les plus redoutées car elles représentaient des synonymes de douleurs chroniques et constantes (7).

Pour vaincre la maladie et la douleur, l'alimentation paraissait assez importante dans la prise en charge. La lutte contre la douleur se faisait entre autres en fonction de sa chronicité. En ce qui concerne la douleur vive et récente, il était le plus souvent pratiqué une saignée, afin de l'extraire du corps humain où elle était retenue. Dans le cas des douleurs chroniques comme par exemple pour les céphalées définies à cette époque par des maux de têtes récurrents et résistants aux traitements, la méthode pour éliminer ces dernières était l'utilisation de ventouses scarifiées mais aussi la prise de bains d'eau de mer préalablement bouillie, ainsi que la pose de cataplasme de guimauve. Les topiques utilisés étaient constitués d'un mélange de graisse avec des têtes de pavot, de fomentations de décoction de pavot associées aux racines de concombre sauvage (7; 11). Les différents traitements contre la douleur furent énumérés par Pline et Discoride (7). En ce qui concerne le pavot, c'était une plante connue depuis de nombreuses années et très utilisée à cette période. En effet, le pavot se retrouve dans plusieurs représentations de dieux comme Hypnos le dieu du sommeil ou encore Thanatos le dieu de la mort (Photo 6). D'ailleurs, il n'est pas étonnant de retrouver le pavot dans ces deux représentations puisqu'il était utilisé comme hypnotique (11).



Photo 6 : Représentation de Hypnos et de Thanatos dans le tableau
« La nuit et le sommeil » par Evelyn de Morgan (19)

Pline mit en avant des morts provoquées par cette plante. Il va cependant créer 37 remèdes à base de pavot, ayant pour effet de lutter contre les douleurs dont les crises de goutte (11).

Dioscoride a essentiellement travaillé sur le monde végétal, il réalisa le recensement d'environ 600 plantes différentes répertoriées dans son ouvrage *De Materia Medica*. Ce médecin créa le diacode, premier sirop fabriqué à base d'opium (11).

Au I^{er} siècle à Rome, le médecin Andromaque créa un mélange qui fut très important au cours des différents siècles puisqu'il pouvait être encore retrouvé dans le *Dorvault* en 1908 (20). Ce mélange, appelé thériaque, comporte entre 60 et 80 substances différentes. Le nombre de composants est divers, ce qui explique les nombreuses variantes de préparations qui ont existées au fil du temps mais dans lesquelles on retrouve le plus souvent l'opium à 40%, le miel et de la chair de vipère. Cet électuaire était connu pour tout soigner dont la douleur (11; 12). La formule de la thériaque retrouvée dans la Pharmacopée Française de 1866 est décrite ci-dessous.

La Thériaque :

- ⇒ Vipère sèche : 60 g
- ⇒ Castoréum (« produit fétide contenu dans les poches qui accompagne les organes génitaux du castor ») : 10 g
- ⇒ Opium de Smyrne : 120 g
- ⇒ Fruits de poivre long : 120 g
- ⇒ Fruits de poivre noir : 60 g
- ⇒ Racines de gingembre : 60 g
- ⇒ Racines d'iris de Florence : 60 g
- ⇒ Racines de valériane sauvage : 80 g
- ⇒ Racines d'acore aromatique : 30 g
- ⇒ Racines de rapontic (rhubarbe) : 30 g
- ⇒ Racines de quintefeuille (potentille) : 30 g
- ⇒ Racines d'aristoloche : 10 g
- ⇒ Racines d'asarum : 10 g
- ⇒ Racines de gentiane : 20 g
- ⇒ Racines meum : 20 g
- ⇒ Bois d'aloès : 10 g
- ⇒ Cannelle de Ceylan : 100 g
- ⇒ Squames de scille : 60 g
- ⇒ Dictame de Crète (marjolaine) : 30 g
- ⇒ Feuilles de laurier : 30 g
- ⇒ Feuilles de scordium : 60 g
- ⇒ Sommités de calament : 30 g
- ⇒ Sommités de marrubies : 30 g
- ⇒ Sommités de pouliot : 30 g
- ⇒ Sommités de chamaedrys (germandrée) : 20 g
- ⇒ Sommités de cammaepitys : 20 g
- ⇒ Sommités de millepertuis : 20 g
- ⇒ Pétales de rose rouge : 60 g
- ⇒ Safran : 40 g
- ⇒ Fleurs de stoechas (lavande) : 30 g
- ⇒ Écorce sèche de citron : 60 g
- ⇒ Fruits de persil : 30 g
- ⇒ Fruits d'ammî : 20 g
- ⇒ Fruits de fenouil : 20 g
- ⇒ Fruits d'anis : 50 g
- ⇒ Fruits de séséli de Marseille : 20 g
- ⇒ Fruits de daucus de Crète (carotte) : 10 g
- ⇒ Fruits d'ers : 200 g
- ⇒ Semences de navet sauvage : 60 g
- ⇒ Semences de petit cardamome : 80 g
- ⇒ Agaric blanc (champignon de Paris) : 60 g
- ⇒ Suc de réglisse : 120 g
- ⇒ Cachou : 40 g
- ⇒ Gomme arabique : 20 g
- ⇒ Myrrhe : 40 g
- ⇒ Oliban : 30 g
- ⇒ Sagapénium (gomme sérapique) : 20 g
- ⇒ Galbanum (extrait de férule) : 10 g
- ⇒ Opopanax : 10 g
- ⇒ Benjoin en larmes : 20 g
- ⇒ Mie de pain desséchée : 60 g
- ⇒ Terre sigillée : 20 g
- ⇒ Sulfate de fer desséché : 20 g
- ⇒ Bitume de Judée : 10 g

Figure 1 : Formule de la Thériaque, selon la Pharmacopée Française de 1866 (21)

c) À partir du II^{ème} siècle après JC

Le II^{ème} siècle après JC est marqué par les découvertes de Galien. Ce médecin grec va prôner l'importance du toucher dans la perception de la douleur. Pour Galien, les trois éléments essentiels pour percevoir la douleur sont :

- Un organe qui reçoit l'information extérieure,
- Une voie de transmission,
- Un centre organisateur qui intègre l'information et la transforme.

L'absence de douleur d'après Galien pouvait cacher une maladie sous-jacente. La douleur associée aux autres symptômes va permettre d'indiquer l'organe atteint (7).

Lors de ce siècle apparaît la première classification des différentes douleurs en quatre classes : les pulsatives, gravatives, tensives ou pongitives. Cette distinction va aider à l'orientation vers un type de douleur. La première classe de douleur définie comme pulsative provient de la caractéristique artérielle. Cette douleur va représenter une inflammation, avec les trois états principaux qui sont rougeur, chaleur, gonflement. La douleur gravative, elle, va définir une pesanteur des organes internes comme les poumons, les reins et le foie. Le troisième type de cette classification est la douleur ressentie au niveau des nerfs elle est qualifiée de tensive. La dernière douleur concerne les membranes telle que celle du côlon et c'est une douleur dite pongitive (7).

Le *De Materia Medica* fut complétée par Galien qui ne s'est pas contenté de travailler sur le monde végétal, il explora également le monde animal et minéral, ce qui lui permit d'étendre la connaissance d'environ 900 remèdes supplémentaires par rapport au *Corpus hippocratique* (7; 11; 21). Il ne se contenta pas uniquement de décrire les plantes mais il élargit son étude sur les parties utiles de la plante, l'habitat, le bon moment de récolte, leur préparation, et leur conservation optimale (11). Ce médecin préconisait la racine de mandragore associée à du vin afin d'obtenir une anesthésie, pour la réalisation de certaines chirurgies comme les amputations (22). Il préconisa également le jus obtenu de la ciguë, *Conium maculatum* (Photo 7), à incorporer dans les pommades afin de soulager les douleurs au niveau des yeux (21).



Photo 7 : La grande ciguë (23)

Galien a également permis d'étendre l'utilisation de l'opium au niveau de l'Europe (11). Les plantes utilisées lors de ce siècle pour vaincre la douleur sont le coquelicot, la laitue, la jusquiame (Photo 4), la belladone (Photo 8), la mandragore (Photo 3) et la morelle (Photo 2) (7; 12). Ces différentes plantes s'utilisaient sous plusieurs formes telles que les frictions, les applications directes, les onguents, les fomentations, les fumigations, les décoctions et les potions (7).

L'activité de la jusquiame s'explique par la présence de la hyoscyamine qui a des effets anticholinergiques et donc peut provoquer une analgésie, des hallucinations, le sommeil voire même le décès. La mandragore va posséder les mêmes propriétés que la jusquiame grâce à la présence la scopolamine (12). Le pavot était déjà connu et utilisé sous différentes formes comme les pastilles dans du lait pour le sommeil, les instillations dans les oreilles ou les applications locales (7; 11).



Photo 8 : La Belladone (24)

Lors de l'antiquité il apparaît déjà une volonté de soigner la douleur, mettant ainsi en évidence une préoccupation très ancienne et pas seulement contemporaine du XXème siècle.

1.2.2. L'Égypte

En Égypte ancienne, la connaissance sur la médication est très vaste. Leur pharmacopée contient déjà de nombreuses plantes et médicaments, par exemple la scopolamine qui est employée pour le sommeil. Les dérivés du pavot comme l'opium sont développés 2000 ans avant JC (9; 11). Il a été découvert du cannabis (Photo 9), dans plusieurs tombeaux de pharaons. À ce moment de l'histoire, cette plante était avant tout utilisée contre les douleurs provoquées lors des accouchements. Le cannabis était administré de quatre manières différentes, par voie orale, vaginale, rectale et par inhalation.



Photo 9 : Le Cannabis (25)

Cependant, toutes les plantes connues lors de l'Égypte ancienne n'ont pas encore pu être identifiées. Cette proportion représente environ 80% de l'ensemble des plantes. De ce fait, la manière dont elles étaient employées ainsi que leur utilité reste un mystère de nos jours. Malgré le manque d'informations sur les connaissances de cette époque, la civilisation égyptienne est reconnue pour être une des premières civilisations à manier la médecine (12). Ils ont la connaissance également de plusieurs modes d'utilisation comme les pilules, les lavements, les bains et les fumigations (9).



Photo 10 : Papyrus Ebers (26)

Le papyrus Ebers fut écrit en 1600 ans avant JC, il contient des formules à base de pavot pour soulager l'insomnie, les maux de tête ainsi que pour les douleurs. Cette plante était mélangée aux excréments de mouches et devait être administrée pendant quatre jours afin d'obtenir une efficacité (11; 12). Les égyptiens furent parmi les premiers à faire le commerce de l'opium (11). Dans le papyrus Ebers, le lotus bleu est évoqué. Ce dernier était surement employé en tant qu'antidouleur, sachant qu'il contient plusieurs narcotiques, comme la nuféline (12). Vers l'an 2750 avant JC, Hésiris le médecin du pharaon Zoser, fut le premier à inscrire sur des papyrus son souci de soulager les douleurs chez un patient. Afin de réaliser une circoncision il utilisa une décoction composée de feuilles de coca et d'opium (11).

En Égypte, le règne minéral était également exploité avec la pierre de Memphis. Cette pierre calcaire diffuse du dioxyde de carbone lorsque du vinaigre est versé dessus. Le gaz qui en est diffusé permet de provoquer une anesthésie et donc de soulager la douleur (12).

1.2.3. L'Inde

En Inde, le bouddhisme développe l'idée que la souffrance provient du désir, donc si ce dernier est supprimé la douleur le sera également. Cependant, c'est une culture qui à l'époque possédait une pharmacopée impressionnante, ainsi que de nombreuses techniques chirurgicales malgré l'interdiction de dissection qui pouvait étendre les connaissances sur le corps humain. En ce qui concerne la prise en charge des malades, ils étaient en avance. En effet, pour eux le personnel qui s'occupait des malades devait posséder un code moral et avoir aussi une bonne hygiène. Leur avancée fut également prouvée au III^e siècle avant JC par la création d'hôpitaux avec des salles d'opérations, des cabinets d'examen, des maternités mais aussi des lieux pour préparer les médicaments (9).

Des topiques à base de gingembre, de jus d'opium, de guimauve (Photo 11), de résine de cèdre (Photo 12) étaient utilisés afin de soigner les douleurs locales (12).



Photo 11 : La Guimauve (27)



Photo 12 : Résine de cèdre (28)

Le cannabis (Photo 9), connu aussi sous le terme de chanvre indien était aussi employé comme en Égypte. D'après les premiers textes védiques son exploitation date au moins de 2000 ans avant JC. Ses propriétés, lui permirent d'être utilisé contre les douleurs aiguës telles que les migraines mais également pour le traitement des douleurs suite aux chirurgies peu importantes. Les autres plantes souvent évoquées sont la guimauve (Photo 11), le safran, le gingembre, le cyprès et le lotus. Plusieurs mélanges de plantes comme la Kushta et le breuvage Soma étaient connus pour apaiser les douleurs (12).

1.2.4. La Chine

En 2 800 avant JC la civilisation chinoise possédait une pharmacopée contenant 365 drogues différentes testées sous le règne de l'empereur Chen Nong (9). Le cannabis (Photo 9), fut découvert dans l'herbier de cet empereur. Par la suite, le chanvre indien fut employé comme anesthésiant lors de certaines chirurgies pratiquées par le médecin Hua-Tao (12). Les techniques utilisées afin de soulager les douleurs n'étaient pas uniquement issues de drogues. L'acupuncture ainsi que la moxibustion étaient deux méthodes régulièrement pratiquées (9). L'acupuncture (Photo 13) a pour but de traiter les maladies dont la douleur, en appliquant des aiguilles dans la peau au niveau de points bien particuliers (Photo 14). Le principe de la moxibustion (Photo 15) était de brûler un moxa (composé de plantes) au niveau du point douloureux dans le but de soulager la douleur.



Photo 13 : Acupuncture (29)



Photo 15 : Moxibustion (31)

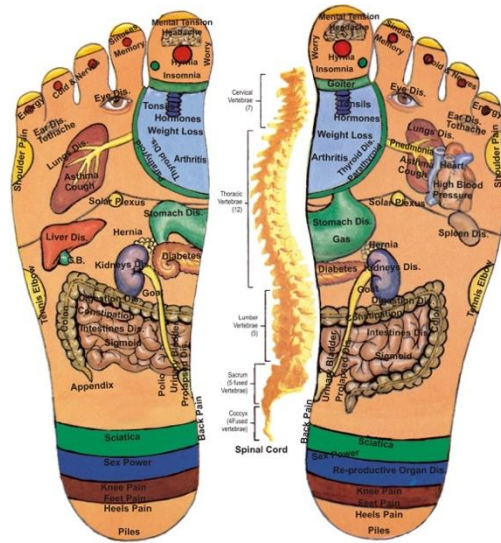


Photo 14 : Exemple de points de pression en acupuncture (30)

Il faut savoir que le pavot (Photo 1) fut connu en Chine beaucoup plus tard que ce que l'on pourrait penser. C'est uniquement au VIII^e siècle que les chinois découvrirent cette plante en faisant des échanges avec l'Inde. Au début seules les graines étaient employées pour procurer une légère somnolence (11; 12).

1.2.5. L'Amérique précolombienne

Chez les Aztèques avant la colonisation, de nombreuses techniques pour soulager la douleur étaient déjà connues comme les bains à vapeur pour les rhumatismes. Dans cette culture, le sorcier, le soignant et le prêtre représentaient la même personne (9).

En ce qui concerne les Incas, afin de lutter contre la douleur, ils utilisaient la cocaïne, ainsi que les champignons hallucinogènes (9). La feuille de coca (Photo 16) fut découverte en 3000 avant JC. Elle est avant tout exploitée pour ses effets de stimulant et de coupe-faim. Néanmoins, les Incas réalisaient déjà des chirurgies, certains historiens se demandent si cette feuille n'était pas employée comme anesthésiant local lors de ces actes (12).



Photo 16 : Feuille de coca (32)

Chez les Mayas, il ne reste que peu d'informations sur leurs coutumes. Cependant, deux substances furent apparemment utilisées pour leurs effets hallucinogènes, le cactus peyotl (Photo 17) et le psilocybe, un champignon. Tous deux avaient pour but d'apaiser les douleurs articulaires. Le lotus bleu, comme en Égypte était connu entre autres pour soulager les souffrances (12).



Photo 17 : Le Cactus peyotl (33)

1.3. Le Moyen Âge

Le Moyen Âge fut une période critique pour la prise en charge de la douleur (9). La religion chrétienne, très présente, s'opposait souvent à la médecine ou du moins cette science était majoritairement détenue par les moines (9; 11). Ce ne fut que vers le XIII^{ème} siècle que le clergé eut la suppression de son droit d'exercice de la médecine. À cette même période, en 1220 la pharmacie se sépare de la médecine (11).

Du fait de la présence de la religion dans la prise en charge des maladies, la douleur était perçue comme la rédemption de fautes commises (9).

Aucune recherche ne fut réalisée lors de cette époque. La prise en charge de la douleur se contentait de ce qui était déjà connu, dont les écrits de Galien datant du II^{ème} siècle après JC. Cependant, les données fournies par les textes de Galien furent réduites (7). L'utilisation de plantes hypnogènes à des fins thérapeutiques ou non, était vue comme de la sorcellerie (8). Néanmoins au cours du Moyen Âge certaines plantes étaient employées. Il est possible d'énumérer dans ces dernières le pavot avec l'opium (Photo 1 et 5) dans la thériaque, la mandragore (Photo 3), la belladone (Photo 8) et la jusquiame (Photo 4) (11).

Au Moyen Âge, la lutte contre la douleur va essentiellement se faire par son contraire, par exemple une douleur provoquée par le sec se soigne par l'humidité (7).

1.4. L'Époque moderne du XV^{ème} au XVIII^{ème} siècle

1.4.1. La Renaissance : du XV^{ème} au XVII^{ème} siècle

La Renaissance marque le début du détachement de la religion des pratiques médicales et thérapeutiques, ce qui va permettre de se recentrer sur l'expérience individuelle et ne plus voir la douleur comme la rédemption mais plutôt comme une expérience humaine. Cependant, la religion garde encore une place prépondérante et interprète la douleur comme une épreuve afin d'atteindre la vie éternelle (7). En ce sens, au tout début de la Renaissance, les douleurs intenses sont encore synonymes de punitions divines. Les personnes voulant atténuer les souffrances étaient accusées de pratiquer la sorcellerie (22).

Ambroise Paré, médecin à cette période ne va pas contredire l'église, tout en évoquant que la douleur est l'œuvre de Dieu, il précise que ce dernier a fourni les moyens de la guérir. De ce fait, il est nécessaire pour ce médecin de rechercher les différents remèdes qui existent. Cette mission va être possible par la découverte du Nouveau Monde et ainsi élargir la pharmacopée et les connaissances sur les moyens thérapeutiques. Les textes de l'Antiquité dont les livres chirurgicaux d'Hippocrate vont être redécouverts. Ambroise Paré garde l'idée principale de Galien, que la douleur provient du toucher. Il défend l'abandon de la cautérisation et l'utilisation d'huile bouillante sur les plaies. À cette période de nombreuses guerres se produisent et l'apparition de l'arme à feu en 1523 va entraîner des plaies importantes et donc de fortes douleurs. Ambroise Paré va préconiser une chirurgie conservatrice, afin de limiter les douleurs provoquées par la déchirure des tissus. Pour ce médecin la prise en charge de la douleur passe avant tout par l'élimination des débris au niveau des plaies. Néanmoins, l'extraction des débris provoquent également des douleurs insupportables. Les chirurgiens vont se voir octroyer une réputation d'accentuer et non de soigner la douleur, ce qui va créer une crainte intense chez les blessés. Certains de ces derniers préféreront succomber à leurs blessures plutôt que d'être pris en charge médicalement (7).

Les douleurs sont hiérarchisées en trois intensités, les fortes, provoquées par le froid ou le chaud, les médiocres représentées par la siccité, et les quasi nulles déclenchées par l'humidité (7).

Avant une amputation il était souvent pratiqué une ligature du membre afin de limiter la circulation sanguine et d'affaiblir les sensations de douleur provoquée lors de cet acte (7).

Le « Vitriol doux » de Valerius Cordus fut synthétisé en 1540. Il est autrement connu sous le nom d'éther. Cette substance fut découverte pour la toute première fois par Raymundus Lullius en 1275 (7; 22). Cependant, son obtention difficile n'a pas permis son utilisation courante. À ses début l'éther fut utilisé pour ses qualités de « suspendre la conscience et d'engourdir », entre autres dans les traitements contre la peste, l'asthme ou la coqueluche (7; 22). L'action du vitriol à provoquer l'anesthésie fut avant tout découverte au XVIème siècle par Paracelse (22).

Plusieurs types de mélanges sont connus afin de soulager les douleurs. Il s'agit de fomentations, d'onguents, de liniments, de décoctions à base d'orge, de suc de laitue, de fleurs de camomille, de mélilot (Photo 19), de violles ou de nénuphars. Dans ces mélanges il est régulièrement ajouté des composants comme l'eau de rose, de plantain, de morelle, de bétoine (Photo 18), de suc d'endive, de chicorée sauvage, d'oseille et d'oxyrhodium. Lors d'une douleur extrême il peut être prescrit le « syrop » à base de pavot (7).

Certaines épices comme la cannelle sont aussi utilisées contre la douleur (7).



Photo 18 : La Bétoine (34)

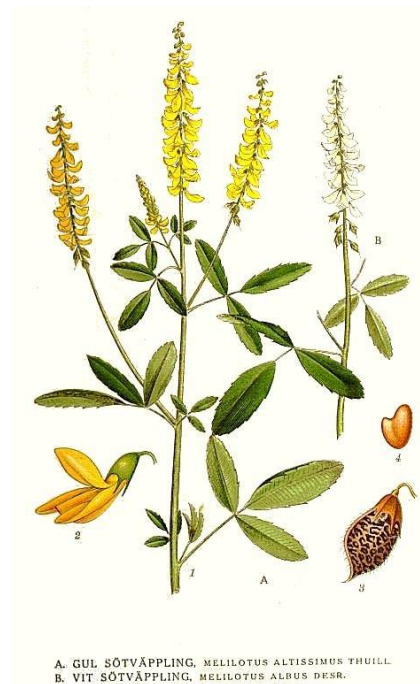


Photo 19 : Le mélilot (35)

Même si les plantes sont de plus en plus mises en avant dans la prise en charge de la douleur, les saignées, les scarifications, les purgations et les vésicatoires restent très présentes (7).

Afin d'élargir les connaissances sur l'organisme et de ce fait améliorer la prise en charge des maladies et des douleurs, André Vésale va reprendre les dissections mais sur des cadavres. Il publie en 1543 un livre intitulé : *La Fabrique du corps humain* (7).

1.4.2. L'Âge classique : du XVIIème et XVIIIème siècle

À l'Âge classique, Descartes émet l'idée que pour ressentir la douleur il est nécessaire d'avoir une âme. De là, Willis définit deux types d'âmes, celle qui est spirituelle et celle qui est corporelle. Cette dernière est commune avec les animaux (7).

Sydenham un anglais fabriqua la préparation de Laudanum, qui lutte contre la douleur et aide au sommeil. Cette teinture alcoolique est composée d'un mélange contenant un vin d'Espagne, de l'opium, du safran, de la cannelle, des clous de girofle (7; 11). Afin d'obtenir le résultat escompté il est nécessaire de faire chauffer le tout au bain marie pendant 2 à 3 jours (7). Ce mélange permit à plusieurs grandes figures de soulager leurs douleurs. Parmi eux, le Cardinal de Richelieu avec ses douleurs ulcéreuses, ou Louis XIV, le « Roi Soleil » qui souffrait d'hémorroïdes (36).

La première anesthésie par intraveineuse fut réalisée en 1665 par Johann Sigmund. Le principe consistait à injecter dans la veine de la potion de Laudanum via une plume d'oiseau, qui servait de cathéter. Cette technique permettait de limiter la sensibilité du patient face à la douleur (37).

En France, apparaissent des soupçons sur les biens faits de l'utilisation de l'opium et donc une réticence à son emploi au quotidien (7). Il faut savoir que le pavot est une plante connue depuis quasiment 4 000 ans. L'opium est extrait du pavot, le *Papaverum somniferum* ou le *Papaverum sétigerum* ou encore le *Papaverum glabrum*. Cette plante provient de l'Europe du sud et de l'Asie mineure avec la Crète, l'Égypte, l'Espagne, la Grèce, la Mésopotamie et la Perse (11).

1.4.3. Le Siècle des lumières : XVIIIème siècle

Lors de ce siècle la mise à distance de la religion avec la médecine devient de plus en plus importante. La société va vers la laïcisation (7).

La douleur est vue comme le sixième sens car elle permet d'avertir le corps, qu'il court un ou plusieurs dangers. Une grande partie des praticiens voient la douleur comme utile à la guérison, comme lors d'un accouchement ou même suite à une opération. Les sédatifs utilisés lors des opérations sont controversés car ils empêcheraient la réussite totale de ces dernières. La douleur étant considérée comme une manière d'extérioriser ce que le corps renferme (7).

La classification de l'Antiquité fut conservée avec les douleurs tensives, gravatives, pulsatives et pongitives. Cependant, d'autres termes viennent compléter la série afin de pouvoir qualifier au mieux une douleur, sont ajoutés les douleurs térébrantes provoquées par les abcès et les furoncles, les douleurs par fourmillements et les douleurs prurigineuses. En 1814 Renaudin (Médecin) exprime dans son article « Douleur » du *Dictionnaire des sciences médicales*, le manque de qualificatifs pour décrire une douleur. Pour lui d'autres types de douleurs existent comme les douleurs « brûlantes » pour l'inflammation, « froides » pour les frissons, « contusives ou conquassantes » pour les rhumatismes. D'autre part, les douleurs suite à un ulcère ou à un cancer ne sont jamais évoquées d'après Renaudin (7).

Lors de l'auscultation le médecin se doit d'interroger son patient à propos de la présence d'une douleur afin de connaître le lieu ou la surface douloureuse et son trajet. Afin de limiter la méfiance que le médecin peut avoir envers la sincérité de son patient, le dialogue est un atout. Le praticien se doit de prendre en charge la douleur dans sa globalité, c'est à dire d'essayer d'obtenir le maximum d'informations du type : l'âge, le lieu, le tempérament ainsi que la sensibilité de la personne et les causes possibles de sa souffrance (7).

L'idée de la nécessité de trois conditions pour ressentir la douleur refait surface. La première condition va être la présence de parties innervées, sensibles pouvant recevoir des sensations. La deuxième étape est la transmission des impressions de la périphérie vers le cerveau. La dernière condition est l'existence d'un organe du sentiment dans le cerveau, le « Sensorium Commune », qui pour certains comme Descartes est le « siège de l'âme » (7).

Le soulagement de la douleur devient une priorité avant même de trouver la cause qui la provoque. Le traitement qui reste l'un des plus utilisés est l'opium, ainsi que les mélanges le contenant, comme le Laudanum de Sydenham (7). En 1784, James More décrit l'intérêt d'employer l'opium pour les douleurs postopératoires (11). Cependant, cette substance est souvent incriminée dans des actes criminels tels que les viols, les meurtres et les empoisonnements. L'opium suscite des questions à propos de son activité sur l'organisme. Il apparaît comme sédatif et calmant des fonctions intellectuelles, mais aussi comme stimulant lorsque l'on s'intéresse à la circulation sanguine. Malgré les inquiétudes et les incertitudes de cette substance, elle va connaître un vrai engouement en ce qui concerne la crise de goutte. L'opium permet de soulager la douleur intense de la crise de goutte et d'éviter que cette dernière ne revienne trop rapidement. Les doses d'opium employées pour soigner la crise varient et sont approximatives, ce qui va nécessiter plus tard une harmonisation (7).

À cette époque « l'électricité médicinale » se développe suite à la découverte des bienfaits de cette dernière sur les douleurs. L'électricité peut alors être exploitée en médecine puisqu'elle devient plus accessible et moins violente. Bilon montre l'intérêt de celle-ci en révélant la relation entre le mal qu'elle peut provoquer et le remède qu'elle apporte (7).

D'autres méthodes provoquant des douleurs comme les frictions, les flagellations, les urtications et les cautérisations, sont utilisées afin de guérir d'une douleur. Différents emplâtres sont connus à cette période, dont l'emplâtre à base de poudre de cantharide, d'euphorbe, de levain, de cire, de grain de moutarde, d'orties. Une technique fut ramenée d'Orient et bien connue en Chine et au Japon, c'est le moxa. Ce dernier consiste à brûler des végétaux sous forme de baguette sur la peau, afin de supprimer la douleur. Cependant, la technique est peu maîtrisée, les plantes utilisées ne sont pas les mêmes, ce qui a pu provoquer de graves brûlures (7).

L'acupuncture se développa également à cette période. Le but de cette technique est de provoquer de nombreuses petites plaies afin de créer des noyaux inflammatoires pour réveiller les nerfs et donc de limiter la douleur. Il apparaît lors de ce siècle un paradoxe, puisqu'il faut provoquer l'organisme afin de le soigner (7).

1.5. L'Époque contemporaine

1.5.1. Le XIXème siècle

Le XIXème siècle va contribuer par ses découvertes à une meilleure compréhension de la douleur et donc sa prise en charge (7).

La question de l'amputation anticipée va provoquer des discordes entre certains médecins. Le chirurgien Faure propose d'attendre le dernier moment pour réaliser une amputation car pour lui la nécessité de conserver le membre est prioritaire (7). Le chirurgien de la garde impériale Larrey est en accord avec son confrère mais ne voit pas l'intérêt de laisser souffrir un soldat pour ensuite quand même l'amputer de son membre. Pour ce médecin la douleur de l'amputation peut être limitée grâce à la rapidité et la netteté du geste chirurgical (7; 11). Pour limiter les douleurs provoquées par les amputations le fameux laudanum était également donné aux combattants (11). À ces idées s'opposent les médecins qui perçoivent la douleur comme un passage utile à la réussite d'une opération. Durant la première moitié du siècle, l'idée de l'absence de moyens pour limiter la douleur lors des opérations, est ancrée dans les esprits. En 1854, les médecins Arnott et Velpeau proposèrent pour les amputations l'utilisation d'un mélange de sel marin et de froid à appliquer sur la partie qui allait subir cette opération afin d'anesthésier la douleur. Cette technique limitait en effet la douleur mais l'anesthésie n'était que de courte durée. Quant à Guérard, il proposa l'application d'éther en goutte à goutte sur la partie incisée et le passage d'un courant d'air grâce à l'appareil de Richardson (Photo 20), ce qui permettait d'obtenir un refroidissement. La douleur diminuait mais était malgré tout toujours présente (7).

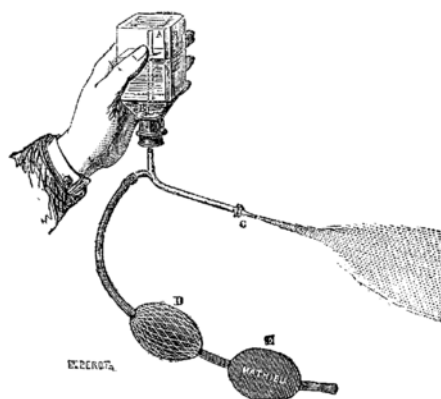


Photo 20 : L'Appareil de Richardson (38)

Les douleurs traumatiques engendrées lors des différentes guerres peuvent devenir chroniques suite aux amputations. En effet, ces dernières peuvent être à l'origine de douleurs lorsque le nerf est atteint. Le traitement proposé était composé de morphine et de sulfate d'atropine à forte doses, en injection hypodermique, à réaliser toutes les quatre heures. La morphine est l'un des traitements contre la douleur le plus répandus à cette époque,

ceci est dû entre autres aux différentes guerres. Néanmoins, cette utilisation fut à l'origine de nombreuses dépendances à cette substance par les soldats et prit même la dénomination de « maladie du soldat » (21). Ce phénomène entre dans la discussion concernant l'utilisation de la morphine et ses dangers. En 1870, alertés par les problèmes de dépendance observés, les médecins se posent des questions sur l'utilisation des opiacés (7).

En 1802, Chaussier définit la névralgie. Pour lutter contre cette douleur très intense plusieurs traitements ont été proposés. Dans la prise en charge, on retrouve les actions anti-inflammatoires avec les saignées ou la diète. Les irritants comme les rubéfiants sont également testés sur la névralgie. Des opérations furent tentées, mais très vite abandonnées par l'absence de résultats. Des techniques comme la pose de cautère permettaient la destruction du nerf atteint. Les névralgies furent aussi traitées par les moxibustions (Photo 15) (7). Néanmoins, ils sont perçus comme « la terreur des malades ». En effet, en Europe lorsque les médecins réalisent cette méthode, ils ont tendance à brûler les plantes trop près et trop longtemps au niveau de la peau, ils utilisent aussi parfois le coton, cette autre mauvaise utilisation va provoquer de graves brûlures pouvant aller jusqu'aux escarres. Au Japon la plante employée pour faire un moxa était l'armoise, mais cette dernière n'était pas forcément connue (7).



Les antispasmodiques pouvaient également entrer dans la prise en charge des névralgies. Ils sont composés de l'éther sulfurique, de l'opium parfois associé au camphre, de la fleur d'oranger (Photo 22), quant aux pilules de Méglin elles comportent de l'oxyde de zinc, de l'extrait de jusquiame noire (Photo 4), de racine de la valériane sauvage (Photo 21). Malgré tous ces essais la médecine se voit à cette époque impuissante face à cette maladie (7).



Photo 21 : La Valériane (39)

Photo 22 : Fleurs d'oranger (40)

L'opium (Photo 1 et 5) reste une substance importante dans la prise en charge de la douleur. En effet, elle représente le remède le plus employé en France à cette période (37). Il fut employé dans cinquante-quatre pathologies, comme les coliques néphrétiques, les rhumatismes, la toux, les ulcères gastriques, la dysenterie ou encore les douleurs dentaires (36). Cependant, une question demeurait dans les esprits « peut-on utiliser l'opium sans danger ? ». Cette interrogation reste très présente. De ce fait, le docteur Mérat émet l'idée qu'il est primordial de savoir comment l'opium agit et pour ce faire recommande la nécessité d'analyser ses composants. En 1803 ou 1806 selon les sources, ce fut l'extraction de la première substance, de l'opium (7; 11). Cet alcaloïde découvert ne

fut appelé morphine qu'en 1817 par le pharmacien Sertürner (11; 37). Le terme de morphine découle du mot « Morphium » issu lui-même de Morphée, qui est le Dieu grec des rêves (21; 37). Par la suite, onze substances au total furent découvertes dans l'opium par de nombreux chimistes et pharmaciens. En ce qui concerne la morphine, elle existe sous forme de sels différents tels que l'acétate, le sulfate ou le chlorhydrate de morphine. La question à élucider est de définir lequel de ces sels présente le plus de propriétés intéressantes et donc lequel est le plus efficace. En 1828, Bally réalisa une des premières « études cliniques » à grande échelle sur 700 à 800 personnes dont l'objectif était d'étudier les effets de la morphine (7). La morphine fut utilisée entre autres contre la douleur mais aussi contre les palpitations, les agitations, la toux et en psychiatrie (7; 37).

À la suite de la découverte de la morphine, en 1824 ce fut au tour de la codéine d'être mise en avant par Robiquet (37). Sa purification fut réalisée en 1831 et sa mise à disposition en 1832 (21).

En 1845, la première législation au sujet des stupéfiants est établie. Elle va assimiler l'opium au poison et l'inscrira parmi les substances vénéneuses. À compter de cette date, le patient devra avoir une ordonnance médicale pour obtenir l'opium. Cette mesure a pour but de contrer les abus de consommation et les mésusages (11).

Dans la même période, en 1850, Wood et Pravaz mirent au point la seringue et également l'aiguille hypodermique. Ces inventions furent par la suite très importantes dans l'évolution de la prise en charge de la douleur mais aussi au niveau de la médecine en générale. Cependant, suite à cette innovation, les pratiques addictives firent de plus en plus de morts. La femme de Wood fut la toute première victime d'overdose connue due à cette invention (36).

La découverte des gaz stupéfiants fut accordée à Joseph Priestley (41). Ces gaz hilarants commencent à être étudiés au début du siècle avec les travaux du révérend Priestley, en Angleterre. L'étude des gaz consistaient à tester ces derniers avec des doses croissantes, afin d'observer les effets, qui pouvaient être néfastes voire mortels (7).

En 1799 ce fut la découverte de « l'oxyde nitreux » qui est aussi connu de nos jours sous le nom de protoxyde d'azote. Le chimiste Humphry Davy testa ce gaz sur lui-même, comme cela se faisait à cette époque. Cependant, le temps d'inhalation restait inférieur à cinq minutes du fait de la technique employée, car le tube, délivrant le gaz, n'était pas maintenu dans la bouche de son testeur (7; 41). Il permit de décrire les effets de « l'oxyde nitreux ». Malheureusement, il commença à utiliser ce gaz à des fins récréatives. Ce gaz fut au départ manipulé lors de douleur suite à une opération. Afin de pouvoir profiter des effets de ce gaz plus longtemps Watt inventa une boîte d'inhalation, qui permit de renouveler l'air et d'inhaler le gaz entre cinq minutes et un peu plus d'une heure (7). Par la suite Davy proposa l'utilisation du protoxyde d'azote lors des interventions chirurgicales présentant peu d'afflux de sang à cause des problèmes d'hémorragies (7; 41). Le chimiste Davy fut associé aux charlatans. De ce fait, il fut obligé d'arrêter ses études sur le protoxyde d'azote et ce qui retarda de plusieurs dizaines d'années, la mise en place de ce gaz comme analgésiant (41). Au même moment la peur de l'asphyxie et de l'empoisonnement n'aidera pas au développement de son emploi lors des opérations (7).

À partir de 1817, l'éthérisation fait son entrée dans la lutte contre les douleurs. Plusieurs réticences se dévoilent au sujet de cette pratique entre autres par le manque d'études. En France, l'éthérisation va être mise de côté lors de sa découverte. Les peurs provoquées par cette technique sont avant tout le manque de connaissance à propos de son dosage afin de provoquer le sommeil tout en évitant la mort et la méconnaissance des propriétés de ce gaz. Plusieurs chirurgies expérimentales furent tentées sous l'effet de l'éther, ayant pour but d'observer si ce gaz permettait de limiter les douleurs intenses que certaines opérations provoquaient (7). En 1842, le chirurgien William Crawford réussit à extraire une tumeur au niveau du cou d'un patient anesthésié par l'éther.



Photo 23 : Extraction dentaire par Horace Wells sous protoxyde d'azote en 1844 (42)

En 1844, le dentiste Horace Wells réalisa à plusieurs reprises des extractions dentaires sous gaz hilarant (protoxyde d'azote) (Photo 23) (21) (41). Il fit une démonstration officielle le 20 janvier 1845 mais cette intervention fut un échec, le patient était en surpoids et alcoolique, de ce fait la dose inhalée de gaz fut insuffisante pour endormir la douleur (41). En 1846, Warren réalisa l'extraction d'une tumeur sous l'effet de l'éther au niveau de la joue (7) (41). À partir de ce moment, des débats furent ouverts en France pour l'utilisation de l'éther lors des interventions chirurgicales. Au tout début l'inhalation d'éther était avant tout utilisée pour soulager les névralgies et les névroses.

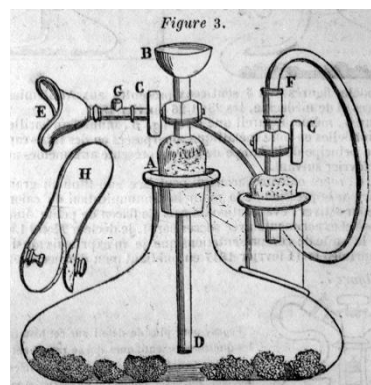


Photo 24 : Appareil d'inhalation de l'éther créé par Charrière (43)

Pour la pratique de l'inhalation de l'éther, Charrières créa un appareil permettant cette inhalation tout en renouvelant l'air (Photo 24). À ce moment se pose la question de la durée maximale d'utilisation et le moment propice pour effectuer l'opération. Cette substance était également employée en friction dans la bouche pour les hypochondriaques. Thénard était l'un des adeptes de l'application de l'éther par voie cutanée car elle permettait d'obtenir une anesthésie pouvant aller jusqu'à plusieurs heures. Deux types d'éthers existent : l'éther sulfurique et l'éther « chlorique » connu sous le nom de chloroforme (CHCl_3) (7). Ce dernier fut découvert par Eugène Soubeiran en 1831 (21; 37). Flourens expérimenta les deux éthers sur des lapins et des pigeons, afin de pouvoir les différencier. Il trouva le même pouvoir d'insensibilisation pour ces deux produits. Néanmoins le chloroforme va avoir une action plus rapide et qui va durer davantage dans le temps par rapport à l'éther sulfurique. Ces deux données vont amener une certaine préférence d'utilisation pour l'éther « chlorique » dès 1847 voire plusieurs années avant. Le nom définitif fut donné par Dumas en 1834 suite à la description de la formule chimique complète. Le chloroforme possède tout de même plusieurs noms différents comme « l'huile des Hollandais » ou encore « l'éther bi-chlorique » (7). Il fut employé comme anesthésique en obstétrique par James Simpson en 1847 (21). En 1853, la Reine Victoria contribua à la panacée du chloroforme puisqu'il fut employé pour son quatrième accouchement, celui du Prince Léopold (37; 44). Quatre ans après, cet anesthésiant fut également utilisé pour la mise au monde de la Princesse Béatrice (37). Ce produit fut alors mis en avant par rapport à l'éther, qui lui possède une action plus brève (44). Le chloroforme a été associé à la morphine, par le chirurgien Nusbaum, ce qui a permis de prolonger l'effet de l'anesthésie lors d'une opération longue. Claude Bernard, montra cette synergie entre l'antidouleur et l'anesthésiant sur un chien. Il en conclut que l'injection de morphine devait se faire 40 minutes avant l'anesthésie. Cette injection au préalable permet de limiter la dose d'anesthésiant à utiliser et ainsi obtenir une action plus rapide. Cette découverte commence à sécuriser la technique (7).

En 1832, Justus Liebig découvre le chloral (CCl_3CHO) (21) (37). Cette substance se compose de chlore, de carbone et d'oxygène. Le chloral fut introduit, seulement en 1869, dans les hôpitaux à Paris et utilisé entre autres par Oscar Liebreich (7) (21). Il fut avant tout utilisé en tant qu'anesthésiant. Vers les années 1870, Claude Bernard démontra que le chloral ne devait pas être employé comme il était fait à ce moment-là, puisqu'il s'agissait d'un hypnotique. Cette annonce signifiait que les malades ressentaient la douleur mais l'oubliaient avec ce produit (7). Néanmoins, en 1872 Pierre-Cyprien Oré réalisa la première « vraie » anesthésie profonde avec l'hydrate de chloral (37). Par la suite, le chloral ne fut plus administré comme anesthésiant mais comme hypnotique. Il était donné par voie sous-cutanée et en intraveineuse, ce qui a permis de mieux contrôler les doses et éviter l'irritation des voies respiratoires (7).

25000 Décès furent observés entre 1846 et 1946, en Angleterre et aux Pays de Galles, suite à l'utilisation des anesthésiques, dont celles réalisées au chloroforme (7).

Au XIX^{ème} siècle, deux types d'anesthésies, présentées par Beau, vont se distinguer. La première est dite anesthésie du tact et la deuxième est anesthésie de la douleur. Cette dernière va être par la suite définie par l'analgésie. Afin de donner au mieux une définition, l'analgésie est représentée par l'intermédiaire entre l'absence d'anesthésie et l'anesthésie elle-même. En effet, l'absence de douleur demande moins d'anesthésie que la privation du tact (7).

À la suite de la conquête du Nouveau Monde, la feuille de coca (Photo 16) fut ramenée d'Amérique du sud. Cette feuille issue de l'*Erythroxylon coca* (Photo 16), fut connue et utilisée depuis de nombreuses années par les indiens. À son arrivée en Europe, cette plante fut étudiée et a suscité de grands espoirs pour la médecine. Les scientifiques ne s'intéresseront à cette plante qu'au milieu de ce siècle, entre autres grâce au « vin topique Mariani à la coca de Pérou », fabriqué par le pharmacien Mariani. En 1886, la première boisson à l'origine du Coca Cola fut réalisée par le pharmacien John Pemberton. Ce breuvage était appelé le « vin français de coca ». Cette boisson était essentiellement employée pour soigner les maux de tête. En 1888, ce fut l'invention du Coca Cola à partir du mélange précédent, par le pharmacien Asa Candler. Cependant, ce dernier lui apporta des modifications dont le remplacement du vin par du soda (37).

En 1860, Niemann isola de la feuille de coca, un alcaloïde, la cocaïne (37). En 1855, en Allemagne, Gaedicke obtint à partir de la feuille de coca, un suc ayant des effets stimulants. En 1884, les premières indications de la cocaïne furent établies pour l'anesthésie des parties douloureuses du corps. À cette même date, la cocaïne fut utilisée pour rendre l'œil insensible lors d'une intervention réalisée par Koller. Le patient était également sous anesthésie générale. Dans ce cas la cocaïne était utilisée dans le but de supprimer le mouvement de réflexe de l'œil. Le chirurgien Halsted suite aux études faites sur la cocaïne, va être l'un des premiers à lancer l'idée des antidouleurs. Il va aussi démontrer les effets d'accoutumance de cette substance à contrario de Freud, qui lui en 1880 avait déclaré inoffensifs les effets de la cocaïne. Dans la même optique que le chirurgien Halsted, Albrecht Erlenmeyer affirma que la cocaïne était le troisième fléau concernant la santé après la morphine et l'alcool (37).

À partir de la cocaïne, plusieurs molécules furent créées, telles que la procaine en 1904 par Fourneau ou encore la Novocaïne en 1905 (7).

En 1870, deux molécules sont découvertes, le sulfate de quinine et le salicylate de soude. Les deux possèdent une activité anti-inflammatoire. Le sulfate de quinine va être aussi utilisé pour les états fébriles. Le salicylate de soude lui va être avant tout prescrit lors des crises de goutte à des dosages très variés pouvant aller de 2 à 10g par jour. Une telle variation peut questionner sur l'élimination de la molécule et donc de sa toxicité. Pour le traitement de la crise de goutte il est préconisé d'ajouter le colchique une semaine après la prise de l'anti-inflammatoire (7).

Vers 1880 apparaissent les premiers remèdes brevetés contenant de l'opium. Dans ces remèdes, nous pouvons retrouver les gouttes pectorales du docteur Bateman, les pilules Matthew, l'élixir de Daffy, la poudre Dower, le sirops Graves. Toutes ces préparations ont pour but de soulager des douleurs comme les poussées dentaires, les crises de gouttes (11).

L'électricité était déjà exploitée pendant l'antiquité. Grâce à ses décharges électriques le poisson torpille était employé pour soulager les rhumatismes. Ce principe réapparaît au XIX siècle entre autres grâce à la mise au point de la bouteille de Leyde (Photo 25), qui permettait de conserver une charge électrique puis de la restituer au moment voulu.

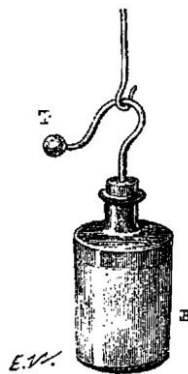


Photo 25 : Bouteille de Leyde (45)

La méthode de galvanisation fut possible avec la pile de Volta mais cela apporta peu de résultats, par conséquent elle fut abandonnée entre 1820 et 1840. Sarlandière, en 1825, essaya d'associer l'acupuncture et la galvanisation, ce qui créa l'électropuncture. Cette technique fut utilisée pour les névralgies. À cette époque l'emploi de l'électricité était associé au charlatanisme. Mais grâce au développement de l'électricité médicale par Duchenne à partir de 1850, on assiste à la naissance de l'électricité par induction, la faradisation. Cette technique consiste à maintenir une intensité constante mais avec des interruptions du courant grâce à l'appareil magnéto-faradique, ce qui permet d'obtenir un meilleur résultat à l'opposé de la galvanisation. La faradisation était utilisée pour les sciatiques, les rhumatismes, les douleurs hystériques, les névralgies et les angines de poitrine pour ses vertus stimulantes. Le principe était d'exécuter la faradisation à l'endroit douloureux car c'est un stimulant. Elle permettait d'atteindre plusieurs tissus à des profondeurs différentes. Il était possible de répéter l'action sans provoquer d'effets secondaires comme des escarres (7).

L'hypnose et le magnétisme vont commencer à être pratiqués en médecine pendant ce siècle. En sachant que Mesmer, l'une des grandes figures, utilisait ces pratiques et fut en 1784 jugé comme imposteur. En 1826 ce fut la première opération sous sommeil magnétique. Cette intervention fut réalisée par le chirurgien Cloquet sur une jeune femme, avec l'ablation d'un sein. Cette expérience connut un grand succès car aucune douleur ne fut ressentie par la patiente. En 1837, une extraction dentaire fut faite par Oudet sous sommeil magnétique, chez une jeune fille. L'hypnose et le magnétisme étaient facilement perçus comme du charlatanisme et beaucoup craignaient leur utilisation lors de meurtres et de crimes. Cependant, en 1859 *L'Anesthésie chirurgicale hypnotique* fut présentée à l'Académie des sciences, ce qui montre l'intérêt qui se développe pour ces méthodes. À la fin du siècle, il était supposé que l'hypnose agissait uniquement sur les douleurs hystériques, ainsi des patients ont été considérés comme hystériques ou encore « névropathes qui s'ignorent », d'après certains médecins. Pour ces derniers, une psychothérapie serait aussi efficace grâce à l'influence qui peut être exercée sur ce type de sujets. C'est ainsi que l'hypnose fut mise de côté au début du XX^{ème} siècle (7).

La fin du XIX^{ème} siècle est également marquée par les découvertes successives de l'aspirine et du paracétamol ainsi que d'autres molécules issues de l'aniline (8; 46).

L'aspirine fut synthétisée en 1852, par Charles Frédéric Ghérardt (21; 37; 44). Cependant, elle fut disponible et commercialisée seulement en 1899, par Bayer sous le nom « d'Aspirin[®] » (37; 44). La synthèse de l'acide acétylsalicylique fut décrite avec minutie par Hoffmann en 1897 (37). Cette synthèse mise en œuvre par Hoffmann permet d'obtenir une molécule beaucoup plus pure et stable (21).

Le XIX^{ème} siècle est aussi le siècle de la découverte de plusieurs médicaments importants dans le traitement de la douleur. En 1878, la synthèse du paracétamol sous le nom chimique de N-acétyl-para-amino-phénol, fut réalisée par Morse. Cette molécule, de nos jours une des plus vendues, ne connaîtra pas cet engouement dès le début de sa découverte. Ce ne fut qu'en 1948, qu'apparaîtra le paracétamol pur que l'on connaît de nos jours (46). En effet, en 1893 une étude comparant le paracétamol de l'époque et la phénacétine montre la néphrotoxicité très importante du N-acétyl-para-amino-phénol par rapport à l'autre molécule. De ce fait le paracétamol fut mis de côté de très nombreuses années avant de revenir à l'avant de la scène au milieu du XX^{ème} siècle, il fut commercialisé en France en 1957 sous le nom d'algotropyl[®] (21).

En 1884 la phénazone connue sous le terme d'Antipyrine[®] ou encore d'analgésine, fut synthétisée par Emil Fisher et son élève Ludwig Knorr (21; 46). Ce traitement était préconisé comme analgésique, antispasmodique mais surtout pour sa propriété antipyrétique. Les doses employées étaient déjà de 1 à 4 grammes par jour. Il existe deux formes pharmaceutiques, les comprimés de 0,5 grammes et la solution injectable. Elle fut prescrite contre la grippe, la tuberculose, les névralgies, les migraines (46). Elle ne fut commercialisée qu'en 1889 (21).

Arnold Cahn et Paul Hepp, découvrent par hasard en 1886 l'action antithermique de l'acétanilide, molécule découverte en 1845. Tout commença avec l'étude du naphthalène par Adolf Kussmaul pour ses effets antiparasitaires. Lors d'une livraison de cette molécule au laboratoire une autre substance, l'acétanilide fut livré par erreur. Au cours des expériences réalisées par ce scientifique et ses assistants Arnold Cahn et Paul Hepp, les effets antipyrétiques furent découverts (21). Le médicament qui en découle prend le nom d'Antifébrine®. Les doses journalières varient de 0,1 à 1 grammes. Il sera prescrit lors de rhumatismes, des douleurs névralgiques mais aussi pour les états fébriles provoqués par les érysipèles. Ce traitement fut mélangé à plusieurs substances différentes au cours de son exploitation, comme la caféine, l'alcool (46). Mais, ce médicament se révéla très toxique d'où l'abandon de ce dernier au fur et à mesure de son utilisation (21).

En 1897, Filehne s'intéressa au Pyramidon appelé aussi Amidopyrine® (46). Cette dernière fut découverte par Ludwig Knorr et Friedrich Stolz (21). Cette molécule analgésique et antithermique soigne la grippe, les douleurs articulaires, la migraine, les névralgies. Les doses sont plus faibles que celles de l'antipyrine, allant de 0,3 à 1 gramme par jour (46). Elle sera trois fois plus active que l'Antipyrine®. L'Amidopyrine® fut commercialisée en 1897. Trente-sept ans après sa mise sur le marché, il a été démontré que ce médicament entraînait des agranulocytoses (21).

À la même époque, apparaissait d'autres molécules issues de la morphine tel que le diacétylmorphine, autrement appelé le « Médicament Héroïque », d'où provient par la suite le nom d'héroïne. Ce traitement était recommandé par Heinrich Dreser contre la toux. Il fut disponible dès 1898 pour être retiré du marché et interdit 73 ans après (37).

1.5.2. Le XXème siècle jusqu'à nos jours

En 1908 alors qu'augmente les cas de toxicomanie à l'opium, est paru un décret ayant pour but de réglementer la circulation de l'opium en France qui aura pour effet la fermeture des fumeries d'opium en France. La loi réglementant l'importation, l'utilisation et la détention de certaines substances comme l'opium mais aussi la cocaïne et la morphine est votée en 1916. Elle soumet deux monopoles : le premier est destiné aux médecins pour les prescriptions et le deuxième aux pharmaciens pour la délivrance de ces produits. Cette démarche permet de contrôler les consommations de stupéfiants et la circulation de ces derniers en France (11).

L'arrêt Mercier de 1936 définit les premières obligations du médecin et établit la relation entre le soignant et le patient. Le médecin doit s'engager à tout mettre en œuvre pour soigner son patient tout en suivant les recommandations et les connaissances de l'époque. Ce texte met en jeu la responsabilité du médecin en l'absence du respect de celui-ci. En ce qui concerne les hôpitaux publics, leur responsabilité ne peut être impliquée que depuis 1992 (47).

En 1953, l'anesthésiste Bonica émet l'idée que la douleur pouvait être assimilée à une maladie. Cette notion se développa du fait de l'existence de douleurs chroniques et neuropathiques importantes chez les anciens combattants de la Première puis la Seconde Guerre Mondiale. Bonica développa une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur (8).

Dans la deuxième moitié du XXème siècle, de nouveaux antalgiques virent le jour. En effet, des antidépresseurs et des antiépileptiques furent utilisés comme antidouleurs. De plus, les formes galéniques des opioïdes furent développées afin de favoriser une meilleure prise en charge de la douleur (48).

L'International Association for Study of Pain (IASP) fut créée en 1974. Elle va avoir pour but de continuer les recherches de Melzack et de Wall. Ces derniers ont exposé la complexité de la douleur. Selon eux, elle s'exprime par une multitude de facteurs et est constituée de composantes psychologiques et physiologiques (13). En 1976, l'IASP propose une définition de la douleur comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ». Bien d'autres définitions furent proposées mais cette dernière est toujours d'actualité (49).

En 1979, le code de déontologie médicale énonce pour la première fois l'obligation faite au médecin de prendre en compte la douleur de son patient et de la soulager (Article 20 du code de déontologie des médecins) (50). Ce devoir se trouve au niveau de l'article 37, dans le code de déontologie de 2006, « le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par les moyens appropriés à son état et l'assister moralement ». Cette notion qui paraît primordiale fut imposée uniquement en 1995 aux établissements de santé, avec l'article L 1112-4 du code de la santé publique (51)

En 1986, l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) émet la première classification des antalgiques. Celle-ci fut actualisée en 1996. Cette classification permet d'apporter une aide à la prescription des antalgiques. Le palier I regroupe les antalgiques pour les douleurs faibles à modérées, pour atteindre le palier II, puis le palier III pour les douleurs fortes. Le concept est d'augmenter de palier lorsque le palier précédent ne procure pas le soulagement souhaité (52). Néanmoins cette classification a été établie uniquement pour les douleurs chroniques. Aujourd'hui de nombreuses équipes se questionnent autour de la douleur cancéreuse qui ne correspondrait pas toujours au principe édicté par l'OMS. En effet, une douleur chronique est une douleur qui persiste depuis 3 à 6 mois et par exemple une douleur chronique de l'OMS 1986 correspond à une douleur qui dure depuis 6 mois. De ce fait nous pourrions nous demander si cela est raisonnable de n'envisager un traitement qu'au bout de 6 mois. De plus, est-il raisonnable pour des douleurs cancéreuses importantes de passer par les étapes dites par l'OMS (palier I puis palier

Il puis palier III) dans la mesure où la douleur d'une métastase osseuse correspond à une fracture ? Pouvons-nous envisager de soulager une fracture par un antalgique de palier I ou II ? En pratique dans cette circonstance l'antalgie est d'emblée un palier III de l'OMS.

De même on identifie des douleurs provoquées par les soins (douleurs induites) qui ne répondent pas non plus aux critères des douleurs chroniques. Cependant, en cas de douleurs chroniques authentifiées les règles de l'OMS restent d'actualité.

En 1996, l'OMS fournit des recommandations sur l'utilisation des antalgiques pour les douleurs cancéreuses. Cinq items sont mis en avant pour les bonnes pratiques (53):

1. Privilégier la prise de l'antidouleur par la voie orale,
2. Administration à des intervalles réguliers pour garantir une meilleure prise en charge de la douleur,
3. Respect des trois paliers d'antalgiques,
4. Dans le cas des opioïdes forts, la prescription doit être personnalisée, identifiée et identifiable,
5. Priorité donnée au patient, par exemple les prises médicamenteuses doivent suivre le rythme de la journée de celui-ci.

Dans les années 1990 la France se plaçait au 49^{ème} rang mondial au niveau de la consommation d'antalgiques opioïdes dits forts. Ce mauvais classement reflète la souffrance qui existe en France et la mauvaise prise en charge de la douleur. Par la suite de nombreuses lois et plans vont contribuer à améliorer la prise en charge des douleurs subies par les français. Grâce à toutes les actions mises en place, en 2004 la France rejoint la 4^{ème} place mondiale en ce qui concerne la prescription de morphinique (48).

En 1994, des recommandations sont élaborées pour une amélioration de la prise en charge des douleurs chroniques (54). Ces recommandations sont mises à jour en 2008 par la Haute Autorité de Santé (HAS) (55).

L'année 1998 voit le premier plan gouvernemental 1998-2001 effectif de la prise en charge de la douleur. L'idée principale de ce plan antidouleur est que « la douleur n'est pas une fatalité ». Il rappelle à tous les soignants l'impératif de prise en charge systématique des plaintes douloureuses des patients (56). Les objectifs des différents plans de lutte contre la douleur seront détaillés dans la dernière partie de ce travail.

En février 1999, une circulaire permet de fixer les conditions de réalisation de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë. Ces conditions sont complétées avec le décret du 29 juillet 2004, où les infirmiers sont autorisés à commencer et à ajuster un traitement d'antalgiques si un protocole préétabli le prévoit (57). Néanmoins, les

protocoles ne doivent pas remplacer les consultations afin de déterminer l'efficacité du traitement ainsi que l'individualisation de ce dernier (47).

Dans la même année apparaît la Loi du 9 juin 1999. Celle-ci mentionne que les établissements de santé et médicaux-sociaux sont dans l'obligation de prendre en charge la douleur avec les moyens qu'ils possèdent (58).

L'année 2002 s'ouvre avec un second plan de lutte gouvernementale contre la douleur (plan 2002-2005). Celui-ci va accentuer les volontés du premier plan en rajoutant plusieurs actions dont « le contrat d'engagement de lutte contre la douleur » à la place du « carnet douleur » (56; 59).

Le code de la santé publique s'élargit le 4 mars 2002 avec une loi qui donne le droit au patient d'obtenir le soulagement de sa douleur (51). Ce droit devient un droit fondamental (54). Il s'agit de l'article L 1110-5 « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... ». Dans cet article sont également détaillées les différentes étapes de la prise en charge de la douleur (47; 51; 60). En regardant de plus près les étapes énoncées dans cet article, il est évoqué l'importance de la mise en place de techniques permettant de prendre en charge la douleur au plus vite et au mieux. Ces méthodes confèrent de la prévention. Il s'agit des Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD), des protocoles facilitant la prise en charge. Il est aussi signalé l'obligation d'évaluer la douleur chez le patient grâce à l'utilisation entre autres de différentes échelles. Cet article impose la prise en compte de la douleur et demande une écoute attentive du patient. Le médecin a pour rôle de coordonner toutes ces étapes et de s'assurer que cette loi soit bien respectée (51). Dans cette loi, il est aussi évoqué l'interdiction du médecin de faire un acharnement thérapeutique si celui-ci est voué à l'échec certain (61). Il peut s'ajouter à cet article destiné aux différents soignants, celui qui est prévu aux établissements, L 1112-4 du code de la santé publique (47).

Lorsque le sujet de la douleur est abordé, il est impossible de passer à côté du débat de l'euthanasie. Cet acte est soumis à de nombreuses polémiques en France. Suite au cas de Vincent Humbert un enchaînement d'évènements amena le rassemblement d'une commission à son sujet, pour aboutir en 2005 à une loi. Elle s'inspire d'un projet proposé par Jean Léonetti en 2004, d'où sa dénomination éponyme. Dans cette loi l'euthanasie n'est pas autorisée mais elle permet d'éclaircir la prise en charge de la fin de vie chez certains patients. Cette loi autorise l'arrêt ou l'absence de mise en place d'un traitement, lorsque celui-ci permet uniquement de garder la personne en vie de manière « artificielle », ce qui n'était pas toléré avant cette loi. Le droit du patient est renforcé dans ce texte. Il peut refuser un traitement et décider l'arrêt de celui-ci. La prise en charge des douleurs en fin de vie a commencé à être prise en compte de manière officielle avec la loi de juin 1999, où l'on permet aux patients d'obtenir des soins

palliatifs afin d'essayer de mieux vivre leur fin de vie. Ces pratiques se mettent en place avec la création d'unités de soins palliatifs dès 1987 (61). Récemment, le 12 décembre 2014, Jean Léonetti et Alain Claeys proposèrent un rapport sur la fin de vie. Celui-ci ayant pour but d'élaborer une nouvelle loi afin de permettre aux patients d'accéder plus facilement aux soins auxquels ils ont droit. En effet, il a été rapporté que seulement 20% des patients souffrants et en fin de vie profitaient de la loi Léonetti. Ce faible pourcentage serait avant tout dû à l'absence de formations des médecins, concernant les différentes lois sur la lutte contre la douleur. Cependant, ce manque de prise en charge de la douleur n'est pas seulement dû aux médecins mais également à l'impossibilité d'accès aux soins palliatifs dans certaines parties de la France par l'insuffisance de structures spécialisées (62).

Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 fut le troisième plan de lutte contre la douleur (56; 57).

En juin 2009, l'Agence française de sécurité sanitaire de produits de santé (Afssaps) a mis à jour les recommandations sur « la prise en charge de la douleur aiguë et chronique de l'enfant » (57).

Le 21 juillet 2009 est signée la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST). Cette loi insiste de nouveau sur le fait que le patient a le droit de recevoir des soins adaptés et qu'ils doivent être réalisés dans les meilleures conditions. De ce fait la douleur doit être prise en compte, son évaluation doit être réalisée et inscrite dans le dossier médical (57).

2. Les problèmes rencontrés face à la prise en charge de la douleur

De nombreuses études ont été réalisées depuis quinze ans afin de constater l'avancée de la prise en charge de la douleur. Elles ont également pour but de dévoiler les failles du système français et de pousser à améliorer ce dernier.

2.1. Étude EPIDOL

2.1.1. Contexte de l'étude EPIDOL

L'étude EPIDOL réalisée en 2003, consistait à observer les habitudes de prescription d'opioïdes à libération prolongée des médecins généralistes. Le deuxième objectif de cette évaluation est de constater quels effets ont ces pratiques sur la vie des patients et sur eux-mêmes (63).

Cette étude fut réalisée sur quatre mois et demi, espacés sur 2003 et 2004. Elle étudie le cas de 442 patients issus de 166 médecins généralistes. Ces derniers avaient environ douze patients chacun sous traitement d'opioïdes forts par an (63).

2.1.2. Résultats de l'étude EPIDOL

Chez les médecins ayant répondu 68% disent employer une échelle d'évaluation de la douleur, mais seulement 11% l'utilisent à chaque fois. Parmi les médecins, la moitié a eu une formation concernant la prise en charge de la douleur (63).

La majorité des patients traités par un opioïde fort est à la retraite. À l'inverse, parmi les autres patients inclus dans cette étude, 24% de ceux-ci ne peuvent plus exercer leur métier suite à leur maladie. Seulement 12% des patients dont le cas est étudié restent actifs (63).

Les principales maladies prises en charge sont les douleurs inflammatoires du type arthrite, lombalgie et les rhumatismes. Les autres douleurs souvent évoquées sont les douleurs cancéreuses, celles provoquées suite par un traumatisme, un ulcère de jambe ou encore par des névralgies (63). Les douleurs traitées par un opioïde sont majoritairement chroniques sans pics douloureux mais dans certains cas la chronicité peut être associée à ces derniers. Il est établi que 55% de l'ensemble des douleurs sont des douleurs dites mixtes. La douleur mixte associe un excès de nociception et une composante neuropathique. Chaque composante peut également se retrouver seule. En effet, les douleurs par excès de nociception apparaissent dans 36% des cas et en ce qui concerne les douleurs neuropathiques, elles sont de l'ordre de 7%. La douleur peut avoir une nature psychogène. Cette notion n'est pas toujours étudiée dans les différentes sources. Ce type de douleur reste plus abstrait puisqu'elle ne

provient pas d'un déficit de l'organisme. Néanmoins, il est important de la prendre en compte puisqu'elle représente tout de même 12% des douleurs. Sa prise en charge se fera différemment de ce qui a été vu précédemment (63).

La douleur des patients s'exprime sur une période de deux ans en moyenne (63). Il faut savoir qu'une douleur devient chronique lorsqu'elle est présente depuis six mois. Malgré le fait que les médecins essayent de prendre en charge les douleurs, les patients subissent leur douleur pendant trop de temps.

Pour les patients ayant des pics douloureux le nombre de ceux-ci s'élève en moyenne à sept par jour. Pour certains patients ces pics peuvent s'élever à quarante par jour, ce qui est extrêmement surprenant. Ce nombre important apparaît très néfaste pour le patient. La moitié des pics douloureux font suite à des soins ou à des gestes quotidiens (63). Ces gestes peuvent causer des dommages physiques mais aussi moraux au patient, c'est pourquoi une interpellation peut survenir. Comme ces actes sont en général préparés et programmés, on peut dès lors envisager une prise en charge préventive de la douleur.

EPIDOL montre une sous-évaluation de la douleur chez le patient par les médecins, de 0,6 point lors de l'emploi de l'Échelle Visuelle Analogique (EVA) (Annexe I) (63).

Cette étude souligne que 64% des patients présentent un soulagement de leur douleur suite au traitement prescrit par leur médecin. Ce chiffre dépasse la moitié mais n'est guère suffisamment élevé (63).

Les patients recevant un traitement antalgique ont reçu peu d'informations concernant les effets secondaires principaux des opioïdes forts, lors de cette étude. En effet, seulement 20% d'entre eux ont été prévenus pour la constipation et 11% pour les nausées et les vomissements. Trois quarts des patients ont eu un effet secondaire, 84% ont été victimes de nausées et/ou de vomissements et 59% ont présenté une constipation. Il en est de même pour l'utilisation des médicaments qui n'a été expliqué que dans 20% des cas (63). Ces chiffres faibles prouvent que le pharmacien a lui aussi un rôle prépondérant dans l'information aux patients pour enrayer la survenue d'effets indésirables.

L'intensité de la douleur couramment supportée même après l'instauration d'un traitement antalgique est de 4,6 sur l'échelle EVA, ce qui reste encore conséquent. Malgré ce résultat les posologies de l'opioïde fort ne sont que rarement augmentées, c'est le cas uniquement dans 16% des cas.

2.1.3. Bilan de l'étude EPIDOL

Cette enquête nationale met en avant plusieurs points sensibles de la prise en charge de la douleur en France. Tout d'abord, on constate un manque d'intérêt pour les différentes échelles d'évaluation de la douleur. Pourtant ces dernières sont présentées comme une aide au diagnostic et l'orientation du traitement antalgique.

D'autre part, l'étude EPIDOL montre l'invalidité et les problèmes professionnels que peut provoquer une douleur mal prise en charge.

Cette étude dévoile l'ensemble des sources de douleur dont la douleur provoquée par les soins. Cette notion paraît absurde. En effet, les différents soins sont là pour diagnostiquer ou pour soigner mais en aucun cas dans le but d'engendrer une douleur supplémentaire.

Enfin, la prise en charge de la douleur apparaît insuffisante que ce soit au niveau de l'écoute du patient, de l'efficacité des médicaments prescrits que de l'information sur la douleur et le traitement donnés au patient.

Cette première enquête présente le contexte national des pratiques médicales avec l'évaluation de la douleur et les prescriptions. De plus, elle décrit les douleurs le plus souvent rencontrées et leur mode d'expression. À cela peut s'ajouter un bilan sur l'efficacité de la prise en charge de la douleur.

Afin de compléter ces constats, nous pouvons étudier l'enquête EPIC car celle-ci permet d'avoir un regard critique sur la prise en charge de la douleur en France par rapport à nos pays voisins. D'autre part, cette étude nous offre la possibilité d'aller plus loin dans la réflexion en ce qui concerne l'impact de la douleur sur la vie quotidienne du patient.

2.2. Enquête EPIC

2.2.1. Contexte de l'enquête EPIC

L'Enquête Européenne sur la Douleur Cancéreuse (EPIC : European Pain In Cancer survey) a été réalisée entre fin février 2007 et fin Avril 2007. Comme le nom de l'étude le mentionne, elle a été menée auprès de douze pays européens (64).

Les patients interrogés ont été recrutés par les différents professionnels de santé. Cependant, les centres de prise en charge de la douleur et les centres palliatifs n'ont pas été sollicités afin de limiter certains biais comme l'importance de la douleur chez quelques patients cancéreux. Elle s'est déroulée en plusieurs phases afin d'obtenir le maximum d'informations. La première phase consistait à interroger tous les patients possibles, ici il y a eu 400 patients au total. Celle-ci avait pour but d'évaluer la prévalence de la douleur. La deuxième phase quant à elle limitait le nombre de personnes à cinquante. Ces derniers ont reçu un questionnaire plus développé (64).

Cette étude avait plusieurs objectifs dont connaître l'impact que peut provoquer la douleur chez les personnes atteintes de cancers mais également la répercussion de celle-ci sur la vie quotidienne de ces patients, puisqu'il s'agissait d'une population très sujette à ce problème. Cette enquête a également permis d'obtenir la prévalence et la fréquence de la douleur chez les cancéreux, dans tous les pays européens. Ce qui a permis de comparer certains pays entre eux. Son dernier objectif concernait la prise en charge globale de la douleur, c'est à dire essayer de connaître les pratiques de nos jours et de savoir si ces dernières étaient ou non, suffisantes (64).

2.2.2. Résultats de l'enquête EPIC

Selon cette étude, en ce qui concerne la France plusieurs résultats intéressants et parfois alarmants peuvent être exploités. Il faut savoir que 62% des personnes atteintes d'un cancer souffrent quotidiennement, ce qui représente tout de même deux tiers des patients cancéreux. Cette information prend de l'ampleur lorsque l'on sait qu'en Suisse, pays voisin, les patients ayant un cancer ne sont à l'inverse que 24%, soit un quart à ressentir une douleur tous les jours (64).

Une autre donnée de cette enquête s'ajoute et confirme le manque de prise en charge de la douleur en France. En effet, il a été démontré que seulement les deux tiers des personnes souffrant d'une douleur moyenne à intense avait une prescription d'antalgiques (64).

La douleur entraînerait dans près de 70% des cas des conséquences importantes sur les différentes tâches de la vie quotidienne, 58% des patients ressentent une dégradation de leur vie familiale (64).

Un nombre non négligeable de 38% des personnes ne supportent plus leur douleur au point que 26% des patients cancéreux souhaiteraient plutôt mourir que de devoir affronter cette souffrance (64). À ces pensées violentes, il est aussi important de penser à l'entourage du patient qui eux-mêmes subissent la douleur au travers de leurs proches malades.

La moitié des patients cancéreux trouvent en plus que leur médecin ne se préoccupe pas suffisamment des problèmes qui apparaissent dans leur vie quotidienne et qui sont inhérents à leur douleur (64).

De plus, des résultats alarmants ont été mis en évidence en ce qui concerne la prise en charge de la douleur dans les pratiques médicales. Parmi les patients interrogés 28% d'entre eux déclarent que leurs médecins ne savent pas comment prendre en charge leur douleur. Mais également d'après 26% des personnes cancéreuses, leur médecin qui gère les prescriptions d'antalgiques ne les questionne pas ou peu sur leurs douleurs. Le fait que 82% de cette population de patients souffrent d'accès douloureux démontre l'insuffisance de la prise en charge de la douleur. Ce fort pourcentage est intéressant à comparer avec le reste de l'Europe puisqu'il est en moyenne 20% plus élevé que dans les autres pays (64).

Lors de douleurs en rapport avec un cancer : un morphinique est souvent dispensé puisqu'il s'agit de douleurs fortes, mais malgré ces recommandations seulement 27% des personnes ayant un cancer y ont droit, d'après cette enquête (64).

2.2.3. Bilan de l'enquête EPIC

L'étude EPIC soulève un problème majeur à connaître, l'insuffisante prise en charge de la douleur en France. Cette remarque provient du nombre de patients cancéreux ayant encore une douleur malgré leur prise en charge. Cependant, cette donnée n'est pas surprenante lorsque l'on sait que certains de ces patients n'ont pas de prescription d'antalgiques.

Cette enquête montre également les différents problèmes rencontrés par les patients douloureux dont la dégradation de leur vie professionnelle, sociale et familiale. Il est même parfois question de dépression.

Les patients cancéreux douloureux soulignent le manque d'écoute de leurs soignants. De ce fait, une partie des médecins ne prennent pas en charge les douleurs. Ils ne respectent pas tous les recommandations concernant la lutte contre la douleur cancéreuse. La question qui peut survenir dès lors est la suivante : « Ne se préoccupent-ils pas de la douleur par peur de ne pas savoir comment s'y prendre ? ».

2.3. Autres enquêtes

En plus des deux grandes études présentées ci-dessus peuvent s'ajouter de nombreuses autres enquêtes. Une partie de ces dernières est répertoriée dans le Tableau 3. Ces enquêtes permettent d'étudier différents aspects de la douleur comme les sources de douleur, les antalgiques employés, l'évaluation, Celles-ci permettent de compléter les études vues précédemment et de constater l'ensemble des problèmes qui peuvent surgir en France en ce qui concerne la douleur.

Enquête réalisée	Résultats	Bilan
<p>Par qui (65) :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur (COEGD) . Sanesco . Sofres <p>Période de l'enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 3 au 6 mars 2003 <p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> . France . 1007 adultes . Hommes : 46,2% . Femmes : 53,8% . Âge moyen : 47,5 ans 	<p>Au cours des deux dernières années :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Seulement 22% des personnes ne sont pas concernées par la douleur. . 54% d'entre eux ont été atteints de douleur dont 28% souffrent encore de cette douleur. . Les autres ont vécu la douleur via un de leur proche. <p><u>Les sources de douleur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . La maladie : 32% . Les douleurs provoquées : 29% (Intervention chirurgicales, les soins, les examens) . Les accidents : 20% . Autres : 32% (Sport, âge, vieillesse, Stress, ...) <p><u>La prise en charge :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . 86% ont consulté un médecin mais seulement 76% d'entre eux ont eu une prise en charge médicamenteuse. <p><u>La pratique des médecins consultés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Plus d'un médecin sur deux ne réalise pas d'évaluation de la douleur. 	<p>L'échantillon représente bien la population française.</p> <p>Certaines douleurs pourraient être prévenues comme les douleurs provoquées via les échelles d'évaluation.</p> <p>La prise en charge reste insuffisante.</p> <p>Les pratiques ne suivent pas forcément les recommandations comme l'évaluation ou l'emploi des antalgiques préconisés.</p>

	<p><u>Traitements médicamenteux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . AINS : généralistes 25%, spécialiste 16% . Paracétamol : généralistes 18%, spécialiste 5% . Opioïdes faibles : généralistes 15%, spécialiste 7% . Morphiniques : généralistes 2%, spécialiste moins de 1% 	
<p>Nom de l'enquête (66):</p> <ul style="list-style-type: none"> . Study of the Prevalence of Neuropathic Pain (STOPNET) <p>Période de l'enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 2004 <p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> . France . 23712 adultes 	<p>. La prévalence de la douleur chronique d'après cette étude est de 31,7% dans la population générale.</p> <p>. La prévalence est plus importante chez le genre féminin avec 35%.</p> <p>. Il en est de même chez les personnes âgées avec un pic de 52% chez les plus de 75 ans.</p>	<p>Cette enquête montre que 1/3 des personnes est atteinte de douleurs chroniques.</p>
<p>Nom de l'enquête (67) :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Enquête auprès des professionnels de santé libéraux <p>Période de l'enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Avant 2006 <p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 1087 professionnels de santé . Médecin généralistes : 220 . Médecins spécialistes : 180 . Chirurgiens-dentistes : 248 . Infirmiers : 201 	<p><u>Évaluation de la douleur chez :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Médecins : 87% . Chirurgiens-dentistes : 87% . Infirmiers : 83% . Kinésithérapeutes : 92,7% <p><u>Utilisation d'une échelle pour l'évaluation de la douleur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Médecins : 41,5% . Chirurgiens-dentistes : 7% . Infirmiers : 25% . Kinésithérapeutes : 33% 	<p>En ce qui concerne l'évaluation de la douleur, elle paraît assez importante au sein des différentes catégories de professionnels de santé.</p> <p>Cependant, les différentes méthodes d'évaluation de la douleur à disposition des soignants ne sont pas suffisamment exploitées.</p> <p>Les douleurs induites par les différents soins ne sont pas prises en compte dans la majorité des cas. De plus, les soignants tributaires des prescriptions des médecins sont demandeurs de prise en charge.</p>

<p>. Kinésithérapeutes : 208 . Sages-femmes 17</p>	<p><u>Prévention de la douleur induite :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Instauration d'un traitement : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecins : 50% ➤ Chirurgiens-dentistes : 66% . Demande d'un traitement : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kinésithérapeutes : 50% ➤ Infirmiers : 80% <p><u>Prescriptions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Antalgique de palier III en cas de douleurs aiguës : 80% des médecins <ul style="list-style-type: none"> ➤ Généralistes : 97% ➤ Spécialistes : 61% . Antalgique de palier III en cas de douleurs chroniques : 75% . Antalgique de palier III chez les chirurgiens-dentistes : Moins de 10% 	<p>Les antalgiques de paliers III sont ancrés dans la plupart des pratiques sauf chez les chirurgiens-dentistes. Néanmoins les spécialistes prescrivent moins d'analgésiques morphiniques que les généralistes.</p>
<p>Une enquête fut réalisée en 2006 dans le Centre Hospitalier de Châteauroux sur 189 patients (68).</p>	<p>. Expérience douloureuse connue par 2/3 des patients et pour 37% d'entre eux la douleur était en continue.</p> <p><u>Les sources de douleur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La mobilisation : 60% ➤ La toilette : 20% ➤ Le transport en brancard : 19% <p>. Néanmoins, 80% des cas les soignants s'intéressent à la douleur.</p> <p>. L'évaluation de la douleur n'est faite que 27% des cas.</p> <p>. Les résultats de l'évaluation de la douleur ne sont précisés dans le dossier du patient que dans 9% des situations</p>	<p>Dans cet hôpital, une prévalence de la douleur est assez conséquente. Elle se situe au-dessus de celle de la population générale.</p> <p>La majorité des sources de douleurs évoquées sont des douleurs provoquées par les soins quotidiens.</p> <p>Malgré une prévalence importante les soignants disent être préoccupés par la douleur. Cependant, paradoxalement l'évaluation de la douleur n'est pas souvent faite et le renseignement dans le dossier patient l'est encore moins.</p>

<p>Nom de l'enquête : (69) :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Enquête patient, soins et intervenants de la douleur neuropathique (Epsidone) <p>Période de l'enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Avril-Août 2008 <p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 1966 personnes 	<p><u>Intensité de la douleur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Plus de la moitié ont une douleur intense . Un peu moins d'un tiers des personnes souffre d'une douleur depuis plus de 5 ans. <p><u>Les sources de douleur :</u> La majorité sont des lombalgies</p> <p><u>Répercussion de la douleur sur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Leur vie professionnelle : 50% ➤ Leur activité physique : 70% ➤ Leur loisir (Bricolage, Jardinage) : >50% <ul style="list-style-type: none"> . 90% des personnes interrogées ont consulté un professionnel de santé dont les premiers à être sollicités sont les médecins généralistes. . 50% des personnes connaissent les structures spécialisées. . Absence de traitement antalgique dans 43% des cas 	<p>Le 1/3 s'approche des 27% retrouvés dans une partie des enquêtes citées précédemment.</p> <p>Les lombalgies sont des douleurs intenses ce qui peut expliquer la corrélation entre le nombre de personnes douloureuses et la cause le plus souvent évoquée.</p> <p>Cette enquête montre l'impact que peut avoir la douleur sur une partie des activités de la vie quotidienne.</p>
<p>Nom de l'enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Handicap-Santé 2008 <p>Par qui (70) :</p> <p>INSEE et DRESS</p> <p>Période de l'enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 2008-2009 <p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Sur la France entière . De plus de 16 ans 	<ul style="list-style-type: none"> . La prévalence de la douleur est d'environ 27% dans la population générale. . 20% des personnes, interrogées et souffrant d'une douleur, disent que leur douleur influence beaucoup leur vie professionnelle ou personnelle. 	<p>Cette prévalence est proche de certaines déjà retrouvées parmi d'autres études.</p> <p>Les répercussions sur la vie professionnelle comme personnelle peuvent engendrer des complications comme l'anxiété et la dépression, dans la prise en charge de la douleur. Cet ensemble représente également un surcoût pour la société.</p>

<p>Nom de l'enquête (71; 72):</p> <ul style="list-style-type: none"> . National Health and Wellness Survey (NHWS) <p>Période de l'enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Mars à Mai 2010 <p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> . France . 15051 adultes 	<p>Au cours du mois précédant l'enquête</p> <ul style="list-style-type: none"> . 17% ont eu une douleur dont : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur légère avec un pic sur l'EN de 2 : 14% ➤ Douleur modérée avec un pic sur l'EN de 5 : 59% ➤ Douleur intense avec un pic sur l'EN de 7 : 27% . La douleur quotidienne est évaluée à 54% <p><u>La prise en charge :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Présence d'une prescription d'antalgiques <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur intense : 78% ➤ Douleur modérée : 48% ➤ Douleur légère : 18% . Utilisation des médicaments en OTC <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur intense : 31% ➤ Douleur modérée : 45% ➤ Douleur légère : 53% <p><u>Le respect des posologies des traitements prescrits</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . En général : entre 75-76% des patients ne respectent pas les doses. . Ils ne prennent pas les doses maximales recommandées : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur intense et légère : 14% ➤ Douleur modérée : 24% . Surconsommation d'antalgiques vis à vis des recommandations : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur intense : 11% ➤ Douleur modérée : 7% ➤ Douleur légère : 4% <p>. Le pourcentage de patients très satisfaits est de 43%, mais diminue en même temps que l'intensité de la douleur augmente.</p>	<p>L'étude a été réalisée sur internet et cela peut présenter un biais dans l'interprétation des données.</p> <p>Augmentation de la prise en charge médicamenteuse avec l'intensité de la douleur, mais faiblement surtout lorsqu'il s'agit des douleurs légères à modérées. Inversement en ce qui concerne les médicaments en OTC.</p> <p>La question suivante peut venir aux esprits : « Sommes-nous devant un problème de mauvaise prise en charge de la douleur sévère ou en présence d'échec thérapeutique ? »</p> <p>Ici l'enquête met en avant la mauvaise utilisation des antalgiques. Ce point serait-il dû à un manque d'information du patient par les professionnels de santé ?</p>
--	--	---

<p>Nom de l'enquête (73):</p> <ul style="list-style-type: none"> . Enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer <p>Par qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Institut National du Cancer (INCa) <p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> . France . 1507 adultes atteints de cancer . Femmes : 58% . Hommes : 42% . Âge moyen : 63 ans 	<ul style="list-style-type: none"> . Présence de la douleur chez 53% des patients, dans 48% des cas la douleur n'est pas suffisamment soulagée. . Le type de douleur : <ul style="list-style-type: none"> ➤ De moins de 15 jours : 10% ➤ De 15 jours à 3 mois : 34% ➤ De plus de 3 mois : 56% . Parmi les patients douloureux ayant un cancer avancé 62% d'entre eux ne reçoivent pas de traitements ou ne sont pas suffisamment pris en charge. . Les patients dans 8% des cas reconnaissent ne pas utiliser les traitements selon les recommandations de leur médecin. 	<p>Dans cette enquête les traitements étudiés sont les antalgiques des différents paliers de l'OMS, de ce fait certains patients reçoivent des traitements particuliers entre autres pour les douleurs neuropathiques.</p>
--	--	--

Tableau 3 : Récapitulatif des différentes études concernant la prise en charge de la douleur en France

En plus de ces enquêtes, il a été relevé qu'en France quasiment 32% de la population souffre de douleurs de plus de six mois, donc de douleurs chroniques (74). Le nombre de patients qui ne seraient pas pris en charge s'élève entre 14 et 23% selon les sources (75).

D'autre part, lors de douleurs neuropathiques uniquement 40 à 50% d'entre-elles seraient soulagées suffisamment suite à l'utilisation des traitements recommandés (69).

Enfin, d'après les différentes Enquêtes Santé Protection Sociale (ESPS), réalisées en 1998, 2000 et 2008 dans la majorité des cas la proportion de français ayant des douleurs intenses n'a pas varié. Cependant, la douleur ne cesse d'augmenter lorsqu'il s'agit des personnes âgées de plus de 65 ans (70).

2.4. Que peut-on en conclure sur la prise en charge de la douleur en France, d'après ces différentes enquêtes ?

Ces différentes enquêtes évoquées précédemment montrent de nombreuses failles dans la prise en charge de la douleur. En effet, l'absence de la prise en compte de la douleur est omniprésente en France par rapport à certains pays d'après l'enquête l'EPIC. Parmi ces manques il y a :

- Le manque de l'exploitation des échelles d'évaluation de la douleur,
- Le manque de prévention de douleurs liées aux soins,
- Le manque de soulagement de la douleur (près de la moitié des personnes ayant une douleur), pour deux raisons majeures ; au niveau thérapeutique par l'absence de prescriptions ou l'absence de réajustement des traitements antalgiques, mais aussi au niveau du manque d'intéressement pour cette question chez certains soignants,
- Le manque d'informations fournies aux patients en ce qui concerne les traitements prescrits,
- Le manque de prise en charge des effets indésirables des traitements analgésiques,
- Le manque de respect des différentes recommandations établies par les sociétés savantes sur la prise en charge de la douleur.

À ces problèmes peuvent s'ajouter l'insuffisance du questionnement des soignants sur la douleur ressentie par leurs patients, ainsi que le retentissement de celle-ci sur leur vie quotidienne, par exemple sur leur vie professionnelle, sociale ou encore familiale. Il est parfois oublié que la douleur est un phénomène particulier et complexe. De ce fait, il ne suffit pas de prendre en charge uniquement la douleur en soit mais plutôt de favoriser la prise en charge globale de cette dernière et donc les répercussions psychologiques et physiques qui en découlent.

3. Pourquoi existe-t-il des problèmes dans la prise en charge de la douleur en France ?

Un certain nombre de problèmes concernant la prise en charge de la douleur ont été cités précédemment. Il serait donc intéressant d'essayer de comprendre pourquoi à notre époque malgré l'ensemble des démarches déjà entreprises, il existe encore autant de patients douloureux.

Plusieurs points peuvent être mis en cause dans cette problématique comme l'évaluation de la douleur, les traitements, les finances ainsi que les patients.

3.1. L'évaluation de la douleur

3.1.1. Les généralités

L'évaluation de la douleur est une phase importante de la prise en charge du patient. Cette préoccupation vit le jour en 1942. En effet, Lee a été l'un des premiers à tenter d'évaluer la douleur avec un questionnaire. Cependant, ses résultats, avec des patients qui surestimaient leur douleur, furent peu concluants. Les données étaient faussées par ces patients, qui se sentaient obligés d'augmenter leur ressenti face à une douleur qui ne s'améliorait pas, ou alors ces derniers devenaient amorphes quand la douleur diminuait (76). En 1948, Keele utilisa une échelle comportant quatre niveaux : « light », « moderate », « severe » et « agonizing » (77). Dans les années 1960, il a été reconnu que les soignants étaient plus aptes à évaluer la douleur que le patient lui-même. Mais cette notion fut remise en cause par Huskisson, qui lui mettait en avant que la douleur est une « expérience psychologique personnelle » (76). Ce dernier décrit en 1974 le principe de l'Échelle Visuelle Analogique (EVA) (Annexe I) (77).

Toutes les échelles sont étudiées de manière structurée et permettent une reproductibilité par tous les soignants (78). Elles présentent toutes des avantages comme des inconvénients.

L'utilisation de ces outils repose sur plusieurs notions (78):

1. **Le temps** : nécessité de consacrer un minimum de temps afin d'évaluer la douleur au mieux,
2. **La planification** de l'évaluation de la douleur : au même titre qu'un autre soin,
3. **L'implication** au maximum du patient : si la situation le permet.

Différentes données sont recueillies lors de l'utilisation des différentes échelles. Ces informations sont qualitatives et quantitatives (79). Chaque notion est importante pour la prise en charge du patient. L'évaluation qualitative va permettre dans un premier temps d'orienter le soignant sur l'étiologie de la douleur (79). L'évaluation quantitative quant à elle va permettre la prise en charge rapide de la douleur et l'observation de l'évolution de celle-ci. Les informations peuvent prendre en compte (78):

- Les circonstances d'apparition de la douleur,
- L'histoire de la douleur,
- La localisation de la douleur,
- La qualité de la douleur,
- La périodicité de la douleur,
- L'intensité de la douleur,
- Le retentissement sur les activités de la vie quotidienne.

Ces échelles sont regroupées en deux grandes catégories : les échelles d'auto-évaluations et d'hétéro-évaluations. Le choix de l'échelle utilisée dépend du type de patient tel que, enfant, adulte, personne non communicante, et du type de douleur, qui peut être aiguë ou chronique (79).

3.1.2. Les problèmes rencontrés et pour quelles raisons

L'évaluation de l'intensité de la douleur n'est pas toujours faite que ce soit en urgence ou pas. Lorsque cette pratique est réalisée, les soignants peuvent sous-estimer nettement les propos des patients et donc orienter vers le mauvais traitement (75).

Plusieurs études ont démontré une sous-estimation de l'intensité de la douleur lorsque l'évaluation est réalisée par un soignant et non par le patient lui-même. Parmi ces enquêtes, on peut citer l'étude réalisée sur plus de 730 patients qui a montré une différence de 20 mm à 40 mm sur l'échelle EVA entre l'évaluation faite par les médecins généralistes et celle faites par les patients eux-mêmes (80).

De nombreuses méthodes d'évaluation de la douleur existent. Néanmoins, des réticences à leur utilisation systématique par les équipes de soins subsistent. Le but de ces outils est d'évaluer de manière objective la douleur, qui est une donnée subjective. Ce qui peut expliquer le manque d'intérêt porté à ces techniques.

La mise en place de ces outils au sein d'une unité de soins est délicate. En effet, elle doit être discutée avec toute l'équipe afin de permettre aux outils choisis d'être intégrés plus facilement aux soins. Au départ, l'évaluation de la douleur peut paraître une charge de travail supplémentaire car cette pratique demande une modification de

l'organisation des soins, une rigueur. Cependant, l'instauration systématique de l'évaluation de la douleur est indispensable (81). Elle permet une meilleure efficacité et qualité de la lutte contre la douleur chez le patient (78). De plus il a été constaté que la douleur ressentie ne corrélait pas toujours avec la gravité des lésions (79).

Plusieurs enquêtes ont démontré que cette dernière notion était primordiale, puisque l'évaluation de la douleur réalisée par un soignant est souvent biaisée, en la sous-estimant le plus souvent et en surestimant l'efficacité des médicaments (76). Teske avec d'autres scientifiques ont énuméré les facteurs pouvant modifier la perception de la douleur par le soignant. Les facteurs liés au patient, le plus souvent retrouvés sont le statut économique, le statut social, la pathologie, l'âge, le sexe et l'ethnie (76). En ce qui concerne les facteurs liés au soignant, quatre d'entre eux reviennent régulièrement avec l'âge, la relation avec le patient, l'ethnie et l'ancienneté d'exercice (76).

Il a été évoqué précédemment, qu'une absence d'évaluation de la douleur pouvait engendrer un manque de prise en charge de celle-ci. Cette insuffisance a une répercussion sur le personnel soignant tant au niveau du temps passer à s'occuper d'un patient que de la pression ressentie dans un service d'urgence.

Une partie des soignants est mise en cause dans l'absence d'évaluation de la douleur, que ce soit les médecins ou les infirmiers, pourtant cette phase apparaît primordiale dans certaines prises en charge.

3.2. Les traitements mis en causes dans l'insuffisance de la prise en charge de la douleur

L'insuffisance de la prise en charge de la douleur peut être due aux traitements. Ils impactent celle-ci à plusieurs niveaux. Tout d'abord, les opioïdes sont depuis des décennies source de débats. D'autre part, de nombreux antalgiques ne sont pas disponibles en France.

3.2.1. Les traitements « disponibles » en France mais dont il existe certains freins à leur utilisation

Il est intéressant de savoir que depuis 1974 il existe une Pharmacopée Européenne. Cette dernière a pour but d'essayer d'unifier les traitements disponibles dans l'ensemble des pays européens (21). Néanmoins, aujourd'hui cette pharmacopée n'a pas encore abouti au but ultime puisqu'il existe toujours des grandes différences de disponibilités de médicaments selon les pays européens.

Les traitements mentionnés dans cette partie sont des médicaments qui ont soit déjà l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en France mais ne sont pas encore commercialisés, soit ils sont disponibles depuis peu mais pour lesquels il reste des réticences à leur utilisation en France.

a) La Méthadone

La méthadone, en 2010, a obtenu une AMM en ce qui concerne les douleurs cancéreuses en impasse thérapeutique (82; 83).

Une étude a été menée sur 22 patients entre Janvier 2010 et Février 2011. Il s'agissait de prendre en charge des douleurs cancéreuses dont les traitements administrés n'avaient pas permis un soulagement satisfaisant de la douleur. Elle fut réalisée à l'Institut de Gustave-Roussy. Lors de la mise en place de cette thérapeutique seulement 20 patients ont réussi à aller jusqu'à 7 jours de traitement et 18 jusqu'à 28 jours. Au cours de cette analyse il a été rapporté que la douleur était largement diminuée pour 80% des patients au bout de 7 jours et pour 62% d'entre eux arrivé à 28 jours. Il est important de noter que les quantités des autres antalgiques employés ont été diminuées de 41%. De plus, l'importance des effets indésirables sont restés minimes et tolérables (84). Cette étude permet de rassurer les praticiens sur l'utilisation de la méthadone en cas de douleurs cancéreuses.

b) La Kétamine (Kétalar®)

La kétamine est employée depuis 1970 (85). Elle est connue en France pour effectuer une anesthésie générale. Dans certains pays, ce médicament serait recommandé pour les douleurs neuropathiques. Pour cette indication, cet anesthésiant serait utilisé par perfusion à 0,1 à 1,5 mg par kilo par heure ou par voie orale (86).

Une étude a été menée entre 2007 et 2012, sur l'utilisation de la kétamine en cas de douleurs chroniques réfractaires aux traitements classiques. L'enquête regroupe cinquante-cinq cas cliniques. L'initiation du traitement est faite à l'hôpital. La kétamine est tout d'abord administrée par intraveineuse afin de savoir si le patient supporte cette molécule mais aussi dans le but de déterminer la posologie nécessaire. Par la suite, en ambulatoire, la kétamine est administrée par voie orale sous forme de solution. L'administration sera répartie en 3 à 4 prises par jour. En fonction de l'efficacité de cette molécule sur la prise en charge de la douleur, ce traitement s'étalera sur une semaine à trois mois. Les résultats de cette enquête sur l'utilisation de la kétamine par voie orale en cas de douleurs réfractaires sont encourageants. En effet, environ deux tiers des patients ont vu leur douleur totalement ou partiellement soulagée. D'autre part, lors d'administration concomitante de kétamine et d'opioïdes, les doses d'opioïdes ont pu être diminuées, tout en ayant permis d'abaisser l'intensité de la douleur. L'emploi de morphinique dans le protocole permet également de limiter la survenue d'effets indésirable de la kétamine et donc une meilleure tolérance. Cette étude montre l'avenir de cette molécule (87).

c) Le Sativex®

Les cannabinoïdes disponibles tel que le Sativex® (tétrahydrocannabinol/cannabidiol) (Annexe II), sont administrés par voie transmuqueuse (88; 89). La forme pharmaceutique de ce traitement est une solution administrée par pulvérisation buccale (Annexe II). Ce traitement est distribué par le laboratoire GW Pharma LIMITED (90).

Ils ont montré leur activité sur les douleurs neuropathiques chez les patients atteints de sclérose en plaque, mais aussi lors des différentes douleurs neuropathiques périphériques. Néanmoins, le Sativex® n'a obtenu qu'une AMM concernant la spasticité douloureuse de la sclérose en plaque (88; 89; 90). L'autorisation de mise sur le marché n'a été délivrée que très récemment en France puisque c'était en janvier 2014. Cependant, il n'y a aucune date en ce qui concerne sa commercialisation, encore sujet de nombreux débats (91). En effet, pour certains la mise sur le marché du Sativex® serait assimilée au commencement de la légalisation du cannabis. Cette plante est très controversée. De plus, l'inquiétude de la dépendance à ce produit soulève de nombreuses questions. Néanmoins, il a été démontré par plusieurs études que l'emploi de ce médicament est largement moins addictogène que la cigarette et l'alcool. Les partisans de la mise à disposition du Sativex® dans la thérapeutique de la douleur argumentent leur position en mettant en avant aussi l'importante dépendance aux benzodiazépines alors que ces molécules sont toujours disponibles sur le marché (92). À l'heure actuelle le débat reste toujours ouvert et ce dernier risque de perdurer encore un certain temps privant encore les patients de cette prise en charge pour leurs douleurs.

Une autre question fait également débat en France à son sujet et empêche sa commercialisation c'est son prix de vente. Le laboratoire s'est basé sur le prix du Sativex® dans l'ensemble de l'Europe qui est de 400 à 440 euros et le propose à 350 euros par mois pour un traitement classique. Cependant, le comité économique des produits de santé ne veut pas un prix excédant 60 euros par mois. La différence de 290 euros risque de poser un souci dans la négociation et donc de la rendre très longue (92).

L'AMM et la commercialisation du Sativex® arrivent tardivement surtout lorsque l'on sait que ce traitement est disponible par exemple depuis 2005 au Canada (93).

d) Le Tapentadol (Palexia®)

Le tapentadol est commercialisé sous le nom de Yantil® ou Palexia® par le laboratoire Grunenthal. Il existe sous différentes formes galéniques. En effet, il est possible de retrouver des formes à libération prolongée (LP) et immédiate (LI) (94; 95). En fonction de ces différentes formes les indications de ce médicament ne sont pas les mêmes. En effet, les comprimés à action immédiate sont préconisés dans les douleurs aiguës dont l'intensité est de

modérée à intense (96). En ce qui concerne les formes à libération lente, elles sont recommandées pour les douleurs chroniques d'origine cancéreuse ou non (97).

Le tapentadol possède une action comme les opioïdes forts mais il va également inhiber la recapture des monoamines dont la noradrénaline, d'où ses propriétés contre les douleurs (89; 98). Il a été démontré que cette molécule pouvait être employée lors de douleurs neuropathiques chez les diabétiques. De ce fait, le tapentadol a une AMM dans certains pays européens, ce qui n'est pas le cas au moment de la publication de l'article en France (89). Néanmoins, le Palexia® a obtenu une AMM en octobre 2011, suite à une reconnaissance mutuelle établie dans l'Europe. C'est l'Allemagne qui a prononcé la première AMM pour le tapentadol (97). Depuis, cette molécule serait commercialisée pour les comprimés à libération immédiate, mais pas les formes à libération prolongée (91). En effet, l'HAS a déclaré que le Service Médical Rendu (SMR) était faible en ce qui concerne les douleurs chroniques cancéreuses et insuffisant pour les douleurs chroniques (97). Une question survient tout de même, « Pourquoi les autres pays européens ou encore l'Australie, le Canada et les Etats-Unis, peuvent-ils l'utiliser alors que le SMR est nul ou quasiment ? ».

Ce traitement avec les formes à libération prolongée est recommandé lors de douleurs chroniques de forte intensité et réfractaires aux autres traitements à base d'opioïdes (94; 95). Les autres formes sont indiquées dans les douleurs aiguës dont l'intensité peut être modérée ou intense et qui ne sont pas suffisamment soulagées par les autres opioïdes (94; 95).

e) L'oxycodone associée à la naloxone (Targinact® ou Targin®)

L'association oxycodone avec la naloxone est connue sous la dénomination : Targinact® ou Targin® selon le pays d'obtention de l'AMM. Ce traitement est issu du laboratoire Mundipharma. Les comprimés sont à libération prolongée. Ce mélange existe en différents dosages allant de 2,5 à 40 mg d'oxycodone (99; 100).

Ce médicament possède une autorisation de mise sur le marché en France depuis 2009 grâce à une reconnaissance mutuelle suite à l'obtention d'une AMM en Allemagne (101). Au départ, il n'existait que quatre dosages différents. Cette année en janvier 2016 trois autres dosages ont fait leur apparition. Ces derniers comportent essentiellement des dosages intermédiaires mais également une dose plus faible de 2,5 milligrammes d'oxycodone au lieu de 5 milligrammes. Néanmoins, aucune information ne mentionne sa commercialisation (91). Son absence physique sur le marché serait due à son Service Médical Rendu (SMR) trop faible dans les douleurs chroniques (97).

Cette association est intéressante car la naloxone permet de contrer la constipation, effet indésirable de l'oxycodone. De ce fait, la naloxone permet une meilleure tolérance de ce morphinique (99).

Les indications de ce traitement sont les douleurs intenses qui n'ont pas été suffisamment soulagées par les autres opioïdes. Il peut être également utilisé dans le syndrome des jambes sans repos en seconde intention (99). Il va être préconisé lorsque le patient souffre d'une constipation importante sous traitement de morphinique, afin de pouvoir continuer à prendre en charge la douleur tout en limitant l'un des effets indésirables le plus contraignant et nécessitant parfois l'arrêt momentanément de traitement par les opioïdes (100).

3.2.2. Les traitements non disponibles en France

En plus des différences de disponibilités de certains traitements entre les pays Européens, il existe plusieurs médicaments commercialisés contre la douleur aux États-Unis mais pas en France. La plupart de ses traitements sont des associations de molécules ou des formes galéniques qui diffèrent.

a) L'oxycodone associée à la naltrexone

Cette association d'oxycodone et de naltrexone est disponible aux États-Unis sous le nom d'Embeda®. Ce médicament est commercialisé depuis 2015 (102).

Il est recommandé lors de douleurs chroniques en cas de résistance aux autres traitements. L'Embeda® est commercialisé sous forme de comprimés à libération prolongée (103).

Cette formule permet d'éviter les comportements abusifs. En effet, la naltrexone est un antagoniste des morphiniques (103).

b) L'oxycodone associée à l'acide acétylsalicylique

L'association d'un morphinique (oxycodone) avec un antalgique de palier I (l'acide acétylsalicylique) est également connue sous le nom de Percodan®. Ce traitement n'est disponible qu'en Amérique du Nord. Il est distribué par le laboratoire Endo Pharmaceuticals® (104).

Ce médicament possède une AMM pour les douleurs d'intensité moyenne à forte. Cette association permet d'obtenir une synergie entre les deux molécules.

Le Percodan® existe sous forme de comprimés dont le chlorhydrate d'oxycodone est dosé à 4,8355 milligramme et l'aspirine à 325 milligrammes. Il est administré par voie orale. La posologie recommandée est d'un comprimé toutes

les six heures selon les douleurs sans excéder douze comprimés par jour afin de ne pas dépasser la dose maximale d'aspirine (104).

c) L'oxycodone associée au paracétamol

L'association oxycodone avec l'acétaminophène, dont le nom du princeps est Percocet®, est distribuée par le laboratoire Endo Pharmaceuticals Inc. depuis 1999 aux Etats-Unis pour certains dosages (Tableau 4). Par la suite d'autres dosages ont été mis sur le marché en 2001 (102; 105). Ce traitement est également disponible au Canada où il est distribué par le laboratoire Bristol-Myers Squibb Canada (106).

Dosages du Percocet disponibles		Date de mise sur le marché
Oxycodone	Acétaminophène	
2,5 milligrammes	325 milligrammes	1999
5 milligrammes	325 milligrammes	1999
7,5 milligrammes	325 milligrammes	2001
7,5 milligrammes	500 milligrammes	1999
10 milligrammes	325 milligrammes	2001
10 milligrammes	650 milligrammes	1999

Tableau 4 : Date de mise sur le marché selon le dosage du Percocet® (102)

Le Percocet® est indiqué dans les douleurs dont l'intensité est modérée à intense. Il est également possible de l'employer dans des affections qui sont associées à une élévation de la température (106).

En général, la dose administrée est d'un comprimé toutes les six heures selon les douleurs ressenties. La posologie doit être adaptée en fonction du patient et de l'intensité des douleurs (106).

L'avantage par rapport aux traitements qui associent l'oxycodone et l'acide acétylsalicylique est que le Percocet® contient un antalgique de palier I mais qui ne possède pas de propriétés anti-inflammatoires et donc ne procure pas les inconvénients de celle-ci.

d) Buprénorphine en patch

La buprénorphine sous forme de patch est commercialisé par le laboratoire Purdue Pharma sous le nom de BuTrans®. Il existe différents dosages disponibles allant de cinq à vingt microgrammes par heure (107).

De nos jours, les patchs à base de buprénorphine sont assimilés au palier II de l’OMS, lors de leur application ils délivrent 5 microgrammes par heure ou plus selon le patch utilisé. Néanmoins, ils ne sont pas encore disponibles en France malgré leur présence en Amérique du Nord et en Belgique. Ce traitement est recommandé lorsque le patient consomme, per os, 30 milligrammes de Morphine par jour (83). Il a été évalué une équivalence entre le BuTrans® et la dose de morphine utilisée (Tableau 5) (108).

Molécules	Dose quotidienne faible	Dose quotidienne moyenne	Dose quotidienne élevée
Codéine per os	≤ 100 milligrammes	200 milligrammes	400 milligrammes
Morphine per os	≤ 15 milligrammes	30 milligrammes	60 milligrammes
Oxycodone per os	≤ 10 milligrammes	15 à 20 milligrammes	30 à 40 milligrammes
Hydromorphone per os	≤ 3,75 milligrammes	6 à 7,5 milligrammes	12 à 15 milligrammes
Fentanyl transdermique	-	-	12 microgrammes par heure
BuTrans® dose initiale recommandée à l’initiation	5 microgrammes par heure	10 microgrammes par heure	20 microgrammes par heure

Tableau 5 : Équivalence des doses entre la morphine et le BuTrans® (108; 109)

Le BuTrans® est indiqué dans le traitement de la douleur intense nécessitant une prise en charge par un opioïde en continu et dans un traitement à long court. Afin de respecter l’AMM il faut que la douleur diminue avec les morphiniques mais que ces derniers ne suffisent pas à lutter totalement contre cette dernière (107).

Le patch de buprénorphine présenterait moins d’effets secondaires par rapport à la formulation sublinguale (107) (83). D’autre part, ce patch présente un autre intérêt puisqu’il libère en continu une dose de buprénorphine sur une durée de sept jours, ce qui permet de limiter les effets de fin de dose que l’on peut rencontrer avec d’autres formes pharmaceutiques (107). Il est important de savoir que la buprénorphine 0,2 milligrammes peut être employée pour les douleurs, alors que ses autres dosages sont en France actuellement réservés au sevrage des opioïdes ou de l’héroïne. La question de mésusage de cette molécule est récurrente ce qui pose des soucis pour son utilisation dans certains pays comme la France (83).

e) Les autres molécules

Plusieurs molécules destinées à lutter contre la douleur sont disponibles dans le reste du monde mais restent absentes en France. Certaines ont été évoquées dans le Tableau 6. Il faudrait se demander pourquoi en France il subsiste des réticences et des écarts entre notre pays et l’ensemble de l’Europe.

Dans cette liste non exhaustive, il y a entre autres l'hydrocodone (Zohydro® ER), qui est destiné aux douleurs rebelles aux opioïdes. Cette molécule se présente sous forme de comprimés à libération prolongée et est commercialisée par le laboratoire Zogenix.

DCI	Nom commercial	Équivalence dose Opioïdes X = Morphine orale
Butorphanol (Spray nasal)	Butorphanol Tartrate-Nasal®	2 mg = 10 mg
Dextromoramide	Palfium®, Palphium®, Jetrium®, Dimorlin®	5 mg = 10 mg
Dipipanone	Pipadone®	25 mg = 10 mg
	Dipipanone + Cyclizine	20 mg = 10 mg
Hydrocodone	Vicodin® ou Zohydro® ER	10 mg = 10 mg
Ketobemidone	Cliradon®, Ketogan®, Ketodur®, Cymidon®	25 mg = 60 mg
Levorphanol	Levo-Dromoran®	2 mg = 10-15 mg
Meptazinol	Meptid®	200 mg = 8 mg
Nicomorphine	Vilan®, Subelan®, Gevilan®, Morzet®	10 mg = 10 mg
Oxymorphone	Opana®	10 mg = 30 mg
Tapentadol	Nucynta®, Palexia®	100 mg = 30-60 mg
Tilidine (seule ou en association avec naloxone)	Valoron®, Valtran®	100 mg = 20 mg

Tableau 6 : Tableau d'équianalgésie entre les opioïdes non disponibles en France et la morphine (110)

En plus de cette liste il peut être rajouté l'hydromorphone en solution injectable. En effet, il est à l'heure actuelle possible de trouver en France de l'hydromorphone, mais uniquement sous forme per os. Parmi les traitements par voie parentérale, contenant de l'hydromorphone, il y a le Dilaudid® et le Dilaudid-HP®. Leur différence est dans leurs dosages, puisque le Dilaudid® peut se présenter sous trois concentrations (1mg/mL, 2mg/mL et 4mg/mL) alors que les Dilaudid-HP® (Haute Puissance) a un dosage de 10mg/mL. Ces présentations ont l'avantage d'agir de manière plus rapide, de limiter le passage hépatique et donc d'augmenter l'efficacité de la molécule. En ce qui concerne la posologie, elle est d'abord débutée à 1 ou 2mg/mL par voie intramusculaire ou sous-cutanée avec un temps d'injection régulier allant de toutes les quatre à six heures d'intervalle selon les douleurs (111).

L'avantage de l'ensemble de ces molécules sont soit :

- Les dosages,
- Les formes galéniques,
- Les associations.

La majorité des associations permettent d'accentuer l'efficacité du traitement contre les douleurs. Cependant, elles peuvent également éviter la survenue d'effets indésirables pouvant obliger l'arrêt du traitement ou provoquer des douleurs, par exemple une constipation engendrée par les opioïdes peut ne pas être tolérée par le patient mais aussi être très contraignante pour la suite de la prise en charge.

3.3. Question financière et d'organisation ?

Dans les services d'urgence, un manque de personnel conjugué à l'imprévu et à la nécessité de faire vite pourraient expliquer le manque d'évaluation la douleur mais aussi de la mise en place d'un traitement adéquat. Alors qu'un patient bien pris en charge au niveau de la douleur permet de gagner du temps par la suite. En effet, lorsque le patient souffre moins l'ambiance du service s'en trouve apaisée. De ce fait, il peut y avoir une augmentation de l'efficacité des prises en charge au niveau des urgences (112).

La question financière peut être évoquée également. Une douleur peut entraîner des arrêts de travail, un nombre majoré de consultations chez un médecin et parfois même un séjour dans un service hospitalier spécialisé.

Les finances et l'organisation des services de santé influent sur la prise en charge de la douleur. Il est vrai qu'augmenter le nombre de postes de soignants, ou encore les congés maladies engendrent des frais supplémentaires à la société. Cependant, le fait de penser de cette manière risque de provoquer un cercle vicieux. Il est possible de raisonner différemment. En améliorant l'organisation des services de santé et en ayant plus de personnel, il est possible de progresser dans la lutte contre la douleur. Un patient dont la douleur est prise en charge coûte moins à la sécurité sociale puisqu'il passe moins de temps dans les hôpitaux ou chez le médecin. De plus, le nombre d'arrêts de travail sera moindre.

3.4. En fonction du patient

Une mauvaise prise en charge de la douleur peut être majorée par l'état de santé général du patient (l'âge, pathologie complémentaires, ...) mais aussi de sa culture, de son milieu de vie,

3.4.1. L'état de santé général du patient

L'état de santé des patients ne reflète pas toujours la réalité et donc l'intensité des douleurs subies. En effet, les patients en réelle souffrance ne sont pas toujours les premiers à demander un traitement antalgique surtout en

urgence. Cette absence de réclamation est en lien avec la « fatalité » qui est ancrée dans les esprits. Néanmoins, les patients qui ne s'expriment pas lors d'une urgence sont en générale à prendre en charge en premier car leur pronostic vital peut être atteint (75).

Il est donc primordial que le soignant soit plus attentif à ces personnes et qu'il prenne en compte la douleur possible chez l'ensemble de ses patients.

3.4.2. L'âge du patient

À une époque les soignants étaient persuadés que certaines catégories de personnes ne ressentait aucune douleur, parmi eux les nourrissons, les enfants et les personnes âgées.

Malgré, les découvertes scientifiques il existe encore aujourd'hui des grades de prises en charges différents selon la tranche d'âge du patient. En effet, une enquête a permis de mettre en évidence que seulement 66% des personnes âgées étaient prise en charge en ce qui concerne leur douleur contre 80% pour les jeunes adultes. En plus de cette remarque, il a été démontré que les patients âgés devaient attendre davantage pour recevoir un traitement antalgique et que les morphiniques sont moins employés pour cette catégorie de patients. Ces trois données mettent en évidence le problème de la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées (112).

En plus de la différenciation de prise en charge de la douleur faite par les soignants, se pose le problème des traitements qui ne sont pas toujours adaptés aux âges extrêmes.

3.4.3. L'origine du patient

Dans la même enquête que précédemment, il est précisé que l'origine du patient pouvait interférer dans la prise en charge de la douleur. Pour les patients de type européens seulement 26% n'ont pas reçu d'antalgiques contre plus de 50% pour les latino-américains et 43% pour les personnes de couleur noire (112). Ce constat apparaît inimaginable à notre époque sachant que dans le code de déontologie des médecins de 1995, un article (Article 7) est dédié à cette discrimination et interdit la différenciation des patients face à la prise en charge par le soignant (113).

3.5. L'aspect culturel en France

En France, l'aspect culturel peut engendrer un frein dans la prise en charge de la douleur. Ce dernier peut s'exprimer au travers de la société, du patient, de sa famille, des soignants mais également des autorités.

3.5.1. La société

En France, la culture prend une place considérable dans la prise en charge de la douleur. Malgré le détachement entre la religion et la médecine depuis plusieurs siècles, il subsiste encore des croyances ancrées dans notre réflexion. En effet, la religion catholique a toujours perçu la douleur comme une rédemption. De plus, tout le monde a déjà entendu au moins une fois « Tu enfanteras dans la douleur » ou « Tu mourras dans la souffrance ».

Ces phrases représentent bien la vision que nos ancêtres avaient de la douleur. De ce fait, même si à l'heure actuelle nous cherchons à bannir la douleur, la religion reste ancrée et apparaît comme un frein à cette lutte.

3.5.2. Le patient et sa famille

En plus, de la religion, les croyances du patient ainsi que celles de la famille peuvent engendrer une mauvaise prise en charge de la douleur.

Les opioïdes forts ont longtemps été source d'inquiétudes, autant au niveau des soignants que des patients. Cette crainte est souvent appelée « opiophobie » (114).

Les patients assimilent les traitements par opioïdes aux maladies graves et incurables (115). La peur de la fin de vie pousse une partie des patients à rester dans leur souffrance au lieu de la prendre en charge. D'autre part, certains patients développent une peur en ce qui concerne la dépendance liée à l'utilisation des opioïdes forts (116).

3.5.3. Les soignants

« L'opiophobie » touche également les médecins. En effet, de nombreux prescripteurs ont encore des peurs concernant ces traitements empiriques. Ils redoutent la dépendance à ces molécules mais également leur mésusage lié à la toxicomanie (117). D'après les médecins généralistes, il y aurait 23% des patients sous morphiniques qui développeraient une dépendance à ces substances, qu'elles soient prescrites pour des douleurs cancéreuses ou non. Cette dépendance, selon ces médecins aurait une prévalence plus importante chez les patients non atteints de cancers. Cette information explique leur crainte dans 30% des cas à prescrire un opioïde fort pour les douleurs de fortes intensités mais sans lien avec une tumeur (118).

Néanmoins l'inquiétude de dépendance n'est pas justifiée (118; 116). L'OMS a réalisé une étude sur la dépendance psychique suite à l'emploi d'opioïdes forts dans la lutte contre la douleur. Cette étude réalisée sur 12 000 patients a mis en évidence que seuls quatre d'entre eux, soit 0,03%, ont développé une dépendance (116).

Des discordances d'opinions entre les différents soignants existent. Elles peuvent être très présentes et sont représentatives dans les prescriptions. D'après Claude Thurel, les morphiniques ne sont pas toujours employés à bon escient. Pour lui les AMM ne sont pas toujours respectées, ce qui pourrait avoir pour conséquences le mésusage des opioïdes forts. Il mentionne même le risque de revenir à un excès de consommation de ces drogues comme cela s'est déjà observé au cours des siècles précédents (36). Mais à contrario de nombreuses études développées précédemment, démontrent le manque de prise en charge des douleurs intenses.

À l'inverse certains prescripteurs ont tendance à trop prescrire de morphiniques. Cet excès se montre par l'absence du respect des AMM des médicaments mais aussi des recommandations de la prise en charge des douleurs établies par les autorités (117). Cette notion a été démontrée lors de l'étude EPIDOL (63).

En plus de ces craintes évoquées, il faut savoir que les opioïdes forts sont assimilés aux stupéfiants. Cette notion n'améliore pas la vision que peuvent avoir les patients ainsi que les soignants face à ces traitements. Du fait de leur statut les morphiniques ont une réglementation bien particulière (Annexe III). Cette dernière ne facilite pas l'emploi des antalgiques de palier III contre la douleur.

3.5.4. Les autorités

Les Autorisations de Mise sur le Marché sont délivrées par l'ANSM. Ces dernières sont obtenues en déterminant le Service Médical Rendu (SMR). Si celui-ci n'est pas suffisant le nouveau médicament ne sera pas disponible en France. Cette situation est celle du TarginAct® (Oxycodone + Naloxone) et du Palexia® (Tapentadol).

Cependant, en ce qui concerne le Tapentadol, il a été étudié pour les douleurs chroniques cancéreuses ou non, or son atout est surtout pour les douleurs neuropathiques grâce à sa composante neuropathique vraie (95; 97). De ce fait ce médicament n'a aucun équivalent d'où son originalité et l'importance de pouvoir l'avoir dans l'arsenal thérapeutique contre la douleur. Mais alors pour quelle raison ce traitement n'est-il pas disponible en France, alors que de nombreux praticiens se battent pour l'obtenir ? Cette question reste sans réponse à l'heure actuelle.

L'histoire du TarginAct® est qu'il pouvait obtenir une AMM en France. Néanmoins, la question financière a été un frein dans sa mise à disposition. En effet, ce traitement est composé d'oxycodone et de naloxone et il a été comparé à de l'oxycodone seule. Les résultats ont été les mêmes donc le SMR n'a pas été concluant. En outre, l'ajout de la naloxone permet une diminution du risque de survenue de constipations (99; 119). Ce phénomène est très présent lors de l'emploi d'opioïdes et peut parfois engendrer l'arrêt du traitement antalgique. Suite à cela l'ANSM voulait bien que le Targin® soit commercialisé en France mais au même prix que l'oxycodone seule, d'où le refus du laboratoire.

Les autorités françaises ont également retiré certains traitements antalgiques comme le Di-Antalvic® (Dextropropoxyfène + Paracétamol) ou encore le Propofan® (Dextropropoxyfène + Paracétamol + Caféine) suite à des accidents mortels volontaires ou non dans d'autres pays tels le Royaume-Uni et la Suède. Ces cas particuliers sont peu fréquents en France et pourtant par « précaution » ces médicaments ne sont plus disponibles dans notre pays (120).

Les risques de dépendances, d'addictions et de mésusages entraînent le retrait de médicaments primordiaux dans la prise en charge de la douleur uniquement par « précaution ». Néanmoins, ces traitements seraient correctement prescrits et délivrés avec les conseils adaptés, il existerait moins de risque d'abus.

3.6. Bilan

Tout ce qui a été évoqué dans cette partie nous fait réfléchir sur l'insuffisance de prise en charge globale de la prise en charge de la douleur. Les soignants mettent peut-être en place un mécanisme de protection, de défense face à une douleur qui pourrait être révélateur d'un sentiment d'impuissance vis à vis de la douleur. Ainsi les professionnels de santé pourraient avoir tendance à se réfugier dans les soins ou les traitements qu'ils connaissent bien et qui ne montrent pas leurs limites en ce qui concerne leurs connaissances. L'absence d'évaluation de la douleur pourrait alors dévoiler le manque d'efficacité des traitements prescrits ou la souffrance générée par les soins. (79)

Tous ces constats rappellent qu'il est primordial pour tous les professionnels de santé mais également pour les autorités françaises de se remettre en question afin de tenter d'harmoniser les pratiques tout en développant la mise à disposition des différentes techniques de prise en charge de la douleur. Plusieurs points d'amélioration de la lutte contre la douleur sont développés dans la dernière partie de ce travail.

Le cas particulier en réanimation

Les anesthésistes-réanimateurs sont les pionniers dans l'évolution de la prise en charge de la douleur. D'autre part, le service de réanimation accueille des patients très fragiles et en grande souffrance. Il est donc intéressant de se pencher sur leurs pratiques.

Dans un premier temps, quelques notions sur le service de réanimation seront abordées comme son histoire, sa particularité et les problèmes auxquels ce dernier fait face vis à vis de la douleur.

Puis, une enquête réalisée dans le service de réanimation du Centre Hospitalier de Laval sera présentée afin d'illustrer une partie des difficultés qui peuvent survenir dans la prise en charge de la douleur.

1. Le service de réanimation

1.1. L'histoire de la réanimation

L'histoire de la réanimation commence par la découverte de l'anesthésie ainsi que des différentes molécules employées afin de réaliser cette technique. Tout débuta avec les différents gaz anesthésiants découverts au XIXème siècle et surtout avec la première « vraie » anesthésie par voie intraveineuse réalisée avec le chloral. Par la suite, de nombreuses molécules furent découvertes dont dix-huit barbituriques, entre 1903 et 1911 tels que l'acide barbiturique (Veronal®), le phénobarbital, le somnifène, le butobarbital, l'amylobarbital, le quinalbarbital ou encore le pentobarbital. Ces molécules dont le but est de diminuer l'activité du système nerveux étaient donc souvent utilisées lors des anesthésies. Au cours du XXème siècle s'enchaînèrent plusieurs découvertes de principes actifs jusqu'à ceux qui sont employés à l'heure actuelle pour les anesthésies. Parmi ceux-ci il y a le thiopental par Parke Davis en 1934, le sel sodique de l'acide hydroxydione-succinique en 1955, le propanidide mis sur le marché en 1964, ou encore l'alphaloxone commercialisé en 1969. Peu de temps après, d'autres molécules furent mises en avant pour les anesthésies dont l'étomidate, le midazolam et le propofol.

La reconnaissance de la spécialité d'anesthésie-réanimation est très récente. En effet, avant les années 1950 les anesthésies étaient réalisées par des internes ou des infirmiers n'ayant pas forcément eu de formation à cette technique très particulière. De ce fait, il se creuse un fossé entre la France et les autres pays d'Europe (121). Il y eut un rebond dans l'évolution de l'anesthésie-réanimation, suite à la création des Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU), en 1958. Ces hôpitaux ont permis la mise en place de départements d'anesthésie-réanimation où la discipline d'anesthésiologie se développe (121; 122). Malgré cette avancée, ce service fut régulièrement mis à part dans ces CHU. Néanmoins, le nombre d'anesthésistes-réanimateurs formés n'a cessé d'augmenter passant de 600 en 1965 et 10 500 en 2007. Cette progression s'est accompagnée du développement du nombre et de la qualité des services de réanimation. Cette spécialité étant difficile à aborder la durée de formation a été augmentée, en 1960

elle était de deux ans et depuis 2002 elle est passée à cinq ans. Une telle mesure a été établie afin d'assurer la sécurité du patient (121).

Cette spécialité fut développée grâce à la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), qui est une société savante très impliquée dans la prise en charge de la douleur en France. Cette association d'anesthésistes-réanimateurs a permis d'effectuer de grandes avancées en matière de santé publique. Elle fut créée en 1982 suite à la fusion de la Société Française d'Anesthésie, d'Analgésie et de Réanimation (SFAAR) et de l'Association anesthésiologiste Français (AAF) (121).

1.2. En quoi le service de réanimation est un cas particulier

En réanimation on parle de sédation-analgésie, ce sont deux termes bien distincts. Cependant, ils sont associés dans cette spécialité. Ils permettent « d'assurer le confort et la sécurité de la prise en charge du patient dans un milieu source d'agressions physiques et/ou psychologiques » (123; 124). Il existe deux types de sédation-analgésie, qui sont dits soit de « confort » afin d'apporter une meilleure prise en charge de la douleur, soit « thérapeutique », dans les situations qui nécessitent un traitement plus important et plus profond (123). Cette pratique est mise en œuvre dans plusieurs cas, par exemple quand un patient est cérébrolésé ou en insuffisance respiratoire aiguë ou encore lors de détresse respiratoire aiguë. Elle peut être également utilisée lors de soins palliatifs (123).

Les différents buts de la sédation-analgésie sont d'apporter du confort au patient, mais également de la sécurité à ce dernier. Un dernier point tout aussi important à prendre en compte, est la facilitation des actes thérapeutiques (123).

Il est primordial de bien évaluer la douleur séparément de la sédation, puisqu'il s'agit de deux composantes différentes même si elles assurent toutes les deux le confort du patient (125).

L'arrêt de la sédation-analgésie ne doit se faire que lorsque le patient est stable et que son état le permet. Pour cela, il faut stopper progressivement le traitement, qui est composé d'hypnotiques et d'antalgiques morphiniques. Dans tous les cas les curares sont à employer sur de courtes durées (123).

Un des problèmes majeurs rencontré en réanimation est la situation d'urgence vitale à laquelle les anesthésistes-réanimateurs font face très régulièrement et qui a pour risque de reléguer la douleur au second plan. De plus, les médecins prennent en charge des patients fragiles et souvent en détresse respiratoire. Dans ce contexte, les morphiniques ne sont pas toujours les bienvenus du fait de leurs effets indésirables à type entre autres de dépression respiratoire (126).

La réanimation accueille des patients dont la complexité de prise en charge est avérée (127). Les étiologies de la douleur en réanimation sont nombreuses (126).

Tout d'abord, il y a celles qui proviennent des antécédents de maladies sources de douleurs, comme la polyarthrite rhumatoïde, le zona, les lombalgies. Elles peuvent également être liées au patient de par son origine socioculturelle et son vécu (128). Puis interviennent les pathologies telles que les pancréatites, les lésions nerveuses, les traumatismes dits algogènes (126). La douleur peut être provoquée par des lésions tissulaires comme des œdèmes, des brûlures, des fractures, des chirurgies (128).

Cette difficulté se caractérise par la variété des patients accueillis dans un service de réanimation d'après leur âge, leur sexe mais surtout de leur terrain physiologique (127).

En réanimation, les pathologies rencontrées sont dites aiguës et reflètent un état critique du patient. Parmi ces pathologies, il y a les hypovolémies, les hémorragies, l'hypoxie, les atteintes hépatites, rénales et neurologiques, les chocs septiques, les brûlures et bien d'autres (127).

Soins considérés douloureux	
-	Pose de cathéter artériel et veineux central
-	Prélèvement veineux
-	Ponction lombaire
-	Pose et retrait d'un drain pleural
-	Trachéotomie
-	Intubation trachéale
-	Aspiration bronchique
-	Fibroscopie bronchique
-	Pose de cathéter sus pubien
-	Kinésithérapie
-	Nursing
-	Pansements

Tableau 7 : soins considérés douloureux en réanimation (126)

Enfin, certains facteurs sont en relation avec le cadre de la réanimation par exemple l'alitement prolongé, les actes médicaux, l'anxiété, ... (126). Le dernier point qui peut être à l'origine d'une douleur est lié aux soins tels que les aspirations trachéales, la mobilisation, les drains, les pansements ou encore l'extubation (128).

Dans un service de réanimation, les patients reçoivent de nombreux soins invasifs souvent douloureux (127). Les soins, qui sont reconnus comme douloureux sont répertoriés dans le Tableau 7 (126).

Au repos la douleur supportée par les patients est le plus souvent située au niveau de son dos du fait de son immobilisation. Elle peut également venir d'un sepsis ou d'une inflammation. Les autres douleurs dites insupportables sont la mobilisation, l'ablation de drain, les pansements et les aspirations trachéales (129).

L'ensemble de ces caractéristiques amène une instabilité de l'état clinique du patient qui reçoit de nombreux traitements et est aussi soumis à d'autres soins comme l'assistance respiratoire, la nutrition parentérale, les dialyses (127).

En ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse en réanimation elle n'est pas toujours adaptée aux différentes situations rencontrées. En effet, il est important de prendre en compte l'âge du patient mais aussi l'état d'hydratation de ce dernier. Ces données peuvent modifier la pharmacocinétique du médicament dans l'organisme. D'autre part, les molécules employées en réanimation se fixent de manière importante aux protéines plasmatiques, ce qui peut engendrer des interactions médicamenteuses. Le métabolisme et l'élimination des médicaments sont souvent modifiés en réanimation suite aux différentes lésions telles que celles du foie et des reins. Enfin, certaines substances sont utilisées sur un temps plus important, comme le propofol qui en réanimation est en général employé sur un laps de temps de trente heures alors qu'en anesthésie il sera administré de manière à avoir une durée d'action de trois heures (127).

1.3. Les problèmes de prise en charge de la douleur en réanimation

La mauvaise prise en charge de la douleur et de la sédation en réanimation peut amener plusieurs problèmes. En effet, cette situation va apporter au patient un inconfort et par conséquent il est fort possible que ce dernier ne soit pas coopérant lors des différents soins. De plus le patient pourra être victime d'agitation, ce qui peut être délétère pour lui, entre autres suite à une ventilation mécanique non adaptée. Il a été démontré qu'un manque de prise en charge de la sédation-analgésie allongeait le temps d'intubation mais également du séjour dans ce service (127). En effet, une évaluation de la douleur bien conduite et régulière permet de limiter la survenue de douleurs importantes, mais également d'apaiser le patient et de réduire le temps d'accompagnement de la ventilation mécanique (130).

La douleur en réanimation peut engendrer chez les patients intubés mais réveillés des accidents non négligeables comme des extubations, des ablations de cathéters du fait de leur agitation. D'où l'importance de contrôler la prise en charge de la douleur (130).

Une forte douleur aiguë souvent revenue peut engendrer une douleur chronique et des complications, d'où l'importance de la prendre en charge rapidement. Dans une étude, il apparaît que 44% des patients ayant été en réanimation subissent encore une forte douleur, dix-huit mois après (126).

Il est important de savoir que plus de la moitié des patients en réanimation se souviennent avoir eu une douleur, et pour 15% d'entre eux il s'agissait d'une douleur de forte intensité. Ces douleurs sont liées au patient lui-même de par sa maladie mais surtout aux suites des différents soins qui lui ont été prodigués (125). D'autres résultats montrent une prise en charge de la douleur insuffisante. En effet en 2004, parmi trente services de réanimation en Ile de France, seulement huit d'entre eux administraient un morphinique en prévention d'un soin dit douloureux et trois services préconisaient un antalgique lors d'une aspiration trachéale (126).

L'étude DOLOREA a permis d'évaluer les pratiques médicales dans quarante-quatre services de réanimation français pendant l'année 2004 (125; 127). Au total 1381 patients ont été inclus dans cette enquête. D'après DOLOREA, 40% des patients ont eu une évaluation de l'intensité de la douleur. Cependant, au total 80% des patients ont eu une prescription de morphiniques. Il apparaît ici un déséquilibre entre les prescriptions et la prise de temps pour évaluer la nécessité de celles-ci. D'autre part, malgré la reconnaissance de soins invasifs et douloureux en réanimation, seulement 35% des patients ont eu accès à une évaluation de leur douleur au cours de ces gestes (127). Cette enquête montre un manque d'intérêt sur l'évaluation de la douleur en réanimation, ainsi qu'un manque de prise en charge de cette dernière mais aussi des troubles du sommeil qui sont eux-mêmes source de douleur (125).

En 2007 une étude fut réalisée auprès de différents services de réanimation. Au sein de 84% de ces derniers, il est ressorti que l'évaluation de la douleur et de la sédation est faite de manière journalière. Les échelles les plus utilisées sont respectivement l'EVA (86% des cas) suivie de la Behavioral Pain Scale (BPS) (Annexe IV) et de l'Adaptation To Intensive Care Environment (ATICE) avec 13%. Dans 73% des services étudiés, l'évaluation de la douleur est réalisée toutes les quatre heures. Il existe dans 29% des cas des procédures concernant la prise en charge de la douleur. Ces procédures sont avant tout mises en place pour les infirmiers. Cependant, dans ces dernières seulement 21% prévoient une augmentation de la dose d'antalgiques lors d'une aspiration trachéale alors qu'elle est considérée comme un acte douloureux (131).

D'autres études ont rapporté des résultats concernant l'incidence de la douleur, du même ordre de grandeur : dans une enquête 63% des patients ont vécu une douleur d'intensité moyenne à forte. Dans une autre enquête environ 50% des patients ont subi une douleur et pour 15% d'entre eux il s'agissait d'une douleur sévère (128).

Malgré les efforts réalisés en anesthésie-réanimation depuis ces dernières années, la lutte contre la douleur dans ce service reste encore insuffisante.

2. Enquête sur la prise en charge de la douleur au Centre Hospitalier de Laval, dans le service de réanimation

2.1. Objectifs

En 2014, au Centre Hospitalier de Laval, j'ai mis en place une enquête grâce à l'aide du médecin réanimateur, afin d'analyser la prise en charge de la douleur au cours des soins dans le service de réanimation. Cette étude avait pour but de montrer les points d'amélioration et de ce fait de favoriser l'analgésie dans ce service. De plus, cette enquête avait aussi pour objectif l'instauration de protocoles écrits concernant la douleur ce qui permettrait de fournir aux infirmiers plus d'autonomie dans la prise en charge de la douleur lors des soins.

2.2. Méthode

L'enquête fut réalisée sur une période de trois mois entre Janvier et Avril 2014 dans le service de réanimation du Centre Hospitalier de Laval. Ce service contient au total dix lits.

Pour cette étude, il a été mis à disposition des soignants deux questionnaires à remplir à chaque fois que l'un des soins répertoriés était réalisé. Ces derniers sont en relation l'un avec l'autre. Une note comportant les consignes a également été mise à disposition. De plus, toutes les équipes ont reçu des informations concernant la réalisation et le but de cette enquête. Les soins sélectionnés pour ces questionnaires sont définis par la littérature comme des actes douloureux (126; 132).

L'un des questionnaires (Tableau 8) a pour objectif d'observer si dans ce service les infirmiers évaluent la douleur avant et/ou pendant et/ou après un soin et si en cas de constat de douleur, le médecin anesthésiste-réanimateur en était informé. Cette approche est la première phase dans la mise en place d'un protocole d'analgésie avant un soin. Les infirmiers remplissent le tableau en mettant une croix pour un oui et ne mettent rien pour un non.

Le deuxième questionnaire (Tableau 9) arrive uniquement lorsque les infirmiers ont rempli le premier tableau et qu'ils ont réalisé une évaluation de la douleur avant et/ou pendant et/ou après l'acte de soin. Celui-ci permet d'affiner les informations en demandant au soignant de préciser l'échelle employée pour évaluer la douleur et indiquer le score obtenu. En présence d'une douleur il est nécessaire de savoir si l'infirmier a informé le médecin et si une prise en charge médicamenteuse a été mise en place ou non.

Une fois les différentes feuilles remplies elles sont récupérées afin d'enregistrer les résultats sur Excel® et de les analyser.

ÉTUDE DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Pour les actes suivants évaluez-vous la douleur ?

Actes douloureux	Évaluation de la douleur ?				Sollicitation d'un médecin pour la prise en charge
	Non	Avant l'acte	Pendant l'acte	Après l'acte	
Pose de sonde urinaire					
Pose d'une sonde gastrique					
Pansement ✓ Simple					
✓ Complexe					
Prélèvement ✓ Artériel					
✓ Veineux					
Ponction lombaire					
Pose de cathéter central ✓ Artériel					
✓ Veineux					
Drain pleural ✓ Pose					
✓ Retrait					
Aspiration bronchique					
Soins de Trachéotomie					
VNI					
Intubation trachéale					
Fibroscopie bronchique					
Mise au fauteuil/ Mobilisation					
Nursing					
Transport hors du service					
Kinésithérapie					

Tableau 8 : Premier questionnaire de l'enquête, étude de l'évaluation de la douleur

ÉVALUATION DES ACTES DOULOUREUX

Actes douloureux	Échelle utilisée EVA/BPS	Score	Prise en charge avant l'acte			Prise en charge pendant l'acte			Prise en charge après l'acte		
			Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui	
				Médicamenteuse	Non médicamenteuse		Médicamenteuse	Non médicamenteuse		Médicamenteuse	Non médicamenteuse
Pose de sonde urinaire											
Pose d'une sonde gastrique											
Pansement ✓ Simple ✓ Complexe											
Prélèvement ✓ Artériel ✓ Veineux											
Ponction lombaire											
Pose de cathéter central ✓ Artériel ✓ Veineux											
Drain pleural ✓ Pose ✓ Retrait											
Aspiration bronchique											
Soins de Trachéotomie											
VNI											
Intubation trachéale											
Fibroskopie bronchique											
Mise au fauteuil/ Mobilisation											
Nursing											
Transport hors du service											
Kinésithérapie											

NB : Étude de la prise en charge de la douleur en réanimation.
Pour la prise en charge indiquer le traitement utilisé.

Tableau 9 : Deuxième questionnaire, évaluation de l'intensité de la douleur en fonction du soin et de la prise en charge de cette douleur

2.3. Résultats

2.3.1. Évaluation de la douleur lors des soins douloureux

Dans cette enquête, le premier questionnaire (Tableau 8) a été complété au total 122 fois avec différents soins douloureux.

a) Les soins quotidiens

Les soins quotidiens comportent différents actes comme la mise au fauteuil ou la mobilisation, le nursing, les transports hors du service et la kinésithérapie.

Lors de cette exploration de la prise en charge de la douleur dans le service de réanimation, les différents soins quotidiens représentent 40,2% des résultats.

La Figure 2 montre la répartition des différents soins quotidiens où la douleur a été évaluée. Parmi ces résultats on remarque que le nursing représente 73,5% des soins quotidiens, qui ont été étudiés (ou 29,5% de tous les soins étudiés). La mise au fauteuil ou la mobilisation sont quant à elles de l'ordre de 22,4% (ou 9% de l'ensemble des soins considérés douloureux). Les deux derniers soins, qui sont le transport hors du service et la kinésithérapie n'ont été qu'une seule fois évalués.

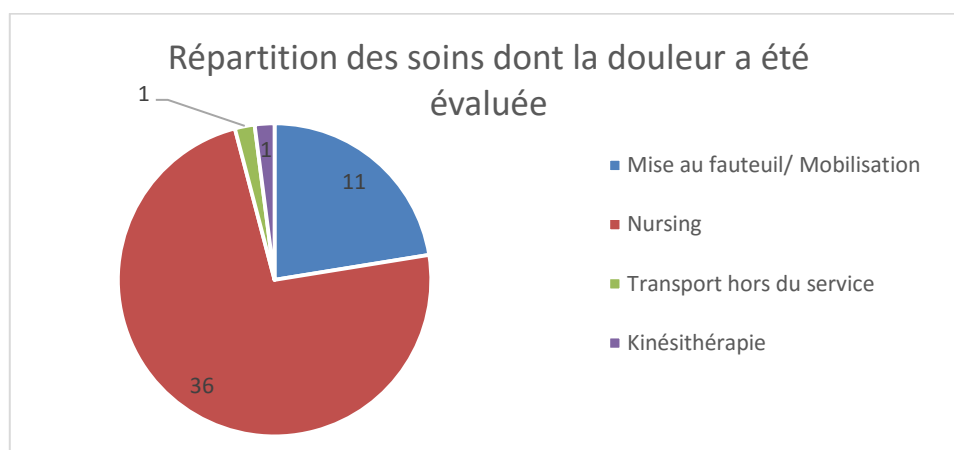


Figure 2 : Répartition des soins quotidiens dont la douleur a été évaluée d'après l'étude réalisée dans le service de réanimation de Laval

Les autres diagrammes présentés vont détailler les résultats en fonction de chaque soin quotidien. En effet, ils vont permettre d'observer si la douleur a réellement été évaluée par le soignant ou pas, et le moment où cette évaluation a été réalisée.

Le diagramme concernant la mise au fauteuil ou la mobilisation (Figure 3) montre une répartition plutôt homogène, lorsqu'il s'agit du nombre d'évaluation de la douleur, entre les différents moments, allant de quatre à six. En effet, la douleur a été évaluée avant le soin dans 63,6% des cas. En ce qui concerne l'évaluation de la douleur pendant le soin, elle a été réalisée dans 45,5% des cas et en fin de soins dans 54,5% des cas. Cependant, dans 36,6% des cas la douleur n'a pas été évaluée par les soignants.

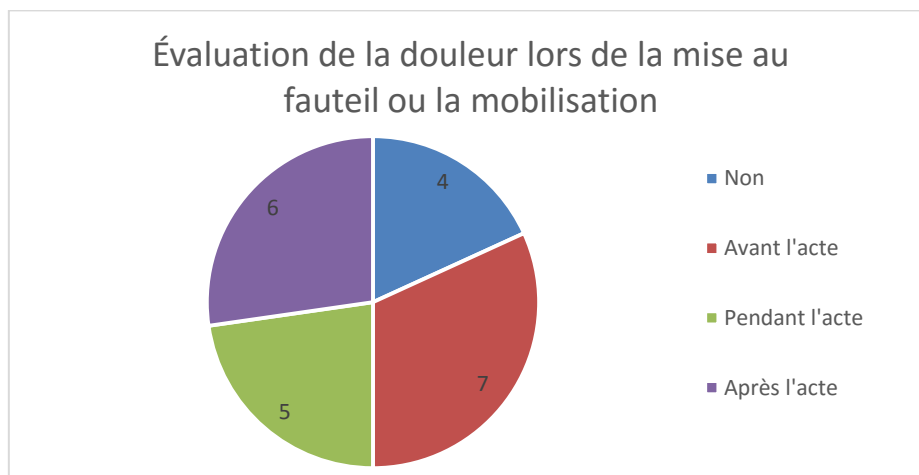


Figure 3 : Analyse de la réalisation de l'évaluation de la douleur lors d'un soin douloureux d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

Pour le Nursing (Figure 4), dans quatorze cas la douleur n'a pas été évaluée, d'après les informations transmises par les infirmiers, ce qui représente tout de même 38,9% des situations. Néanmoins, la douleur a surtout été évaluée au cours de la réalisation du soin avec 52,8% des cas. Le reste des évaluations se partage entre avant ou après de l'acte de soin.

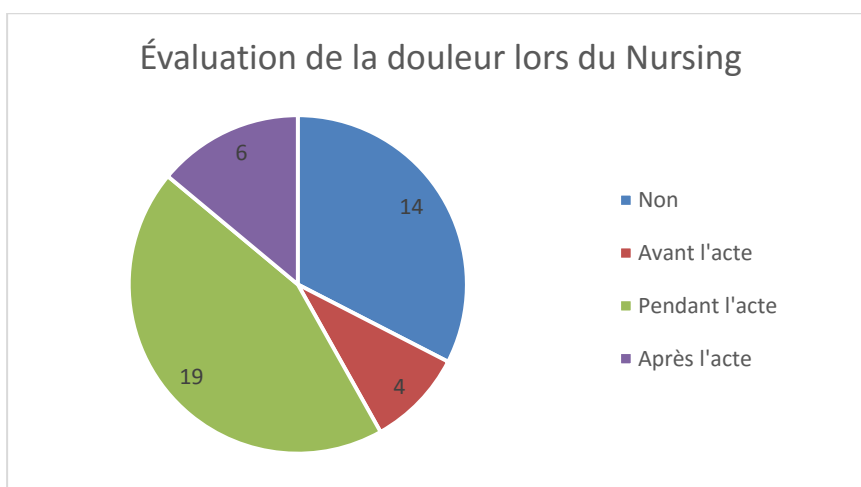


Figure 4 : Analyse de la réalisation de l'évaluation de la douleur lors d'un soin douloureux, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

Un seul transport hors du service a mis en œuvre une évaluation de la douleur. Cependant, il faut noter que la douleur, dans ce cas, a été analysée avant, pendant et après cet acte. (Figure 5)

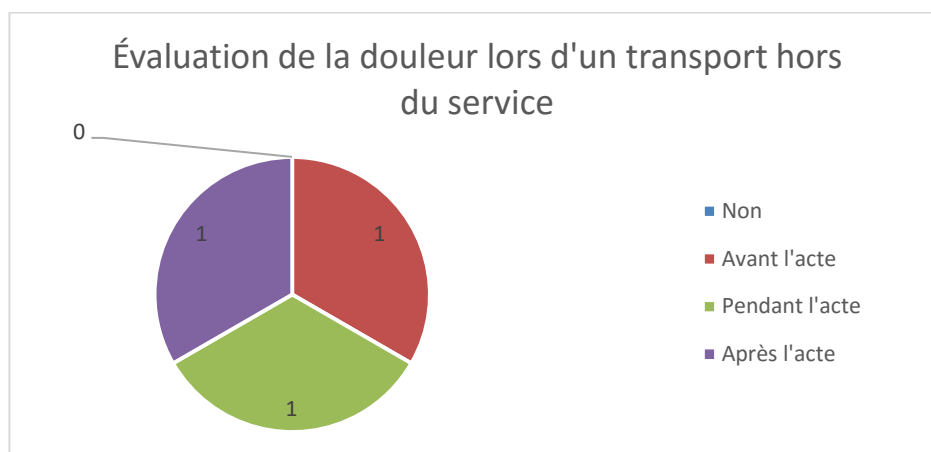


Figure 5 : Analyse de la réalisation de l'évaluation de la douleur lors d'un transport hors du service, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

Il en est de même pour la kinésithérapie, une seule séance a fait l'objet d'une évaluation de la douleur. Cette dernière a été réalisée avant et pendant l'acte de soin. (Figure 6)

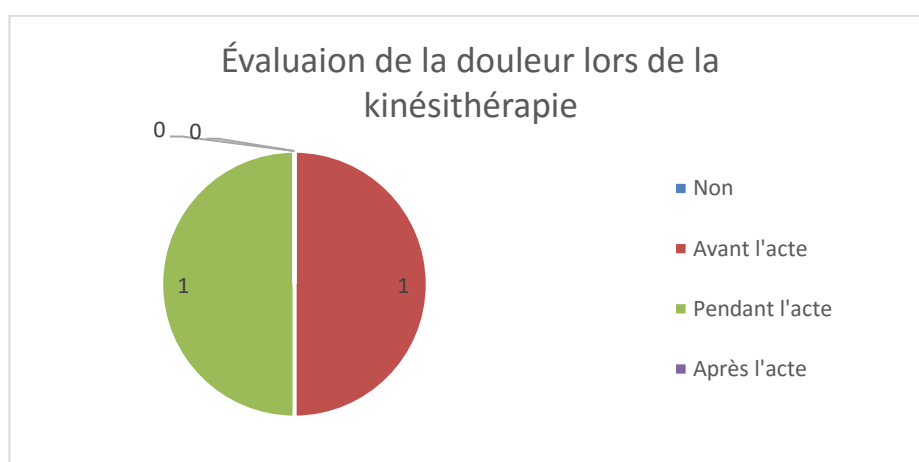


Figure 6 : Analyse de la réalisation de l'évaluation de la douleur lors de la kinésithérapie, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

b) Les soins concernant les voies aériennes

Les différents soins concernant les voies aériennes regroupent les aspirations bronchiques, les soins de trachéotomie, la Ventilation Non Invasive (VNI), l'intubation trachéale et la fibroscopie. Ils représentent 21,3% des soins qui ont été sujets à une évaluation de la douleur.

D'après la Figure 7, on constate que seulement deux actes médicaux ont fait l'objet d'une évaluation de la douleur par les soignants : les aspirations bronchiques et la VNI.

Les aspirations bronchiques constituent 17,2% des soins étudiés lors de cette enquête et la VNI représente 4,1% de ces derniers.

Si nous nous intéressons uniquement aux soins des voies aériennes évalués les aspirations bronchiques représentent une proportion de 80,8% et la VNI quant à elle correspond à 19,2% des cas.

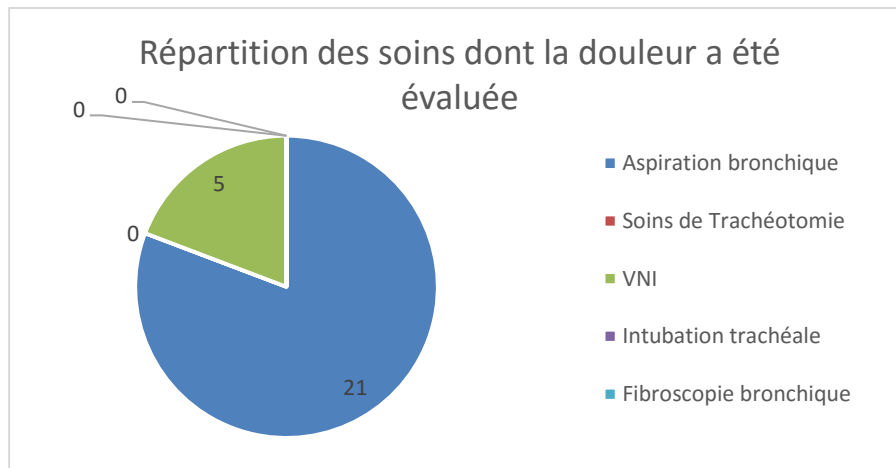


Figure 7 : Répartition des différents soins concernant les voies aériennes, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

Dans 52% des situations les aspirations bronchiques n'ont pas donné lieu à une évaluation de la douleur, ce qui équivaut à plus de la moitié de celles-ci. Lorsque le soignant réalise une évaluation de la douleur, elle se fait essentiellement pendant le soin avec 28,6% des cas (Figure 8).

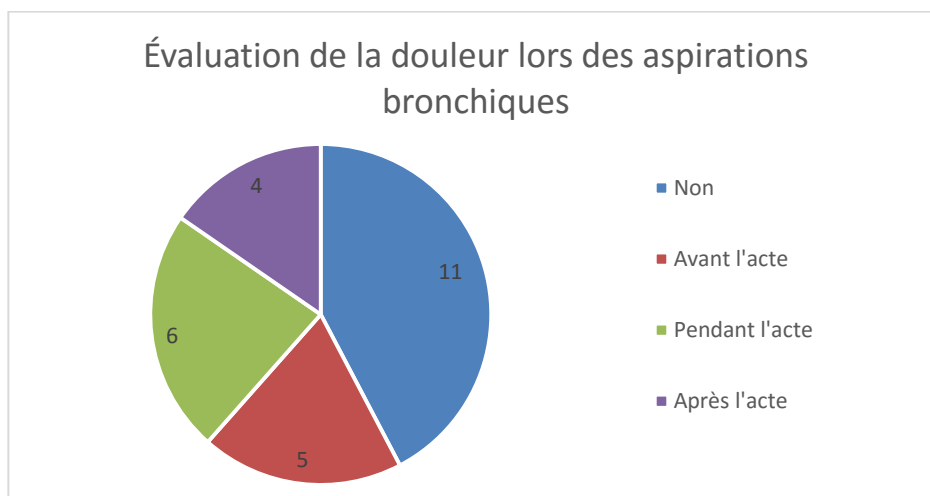


Figure 8 : Analyse de la réalisation de l'évaluation de la douleur lors des aspirations bronchiques, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

En ce qui concerne l'évaluation de la douleur lors de la VNI, elle est avant tout faite après l'acte médical dans 40% des cas. La Figure 9 montre également que la douleur est évaluée de manière semblable avant et pendant le soin.

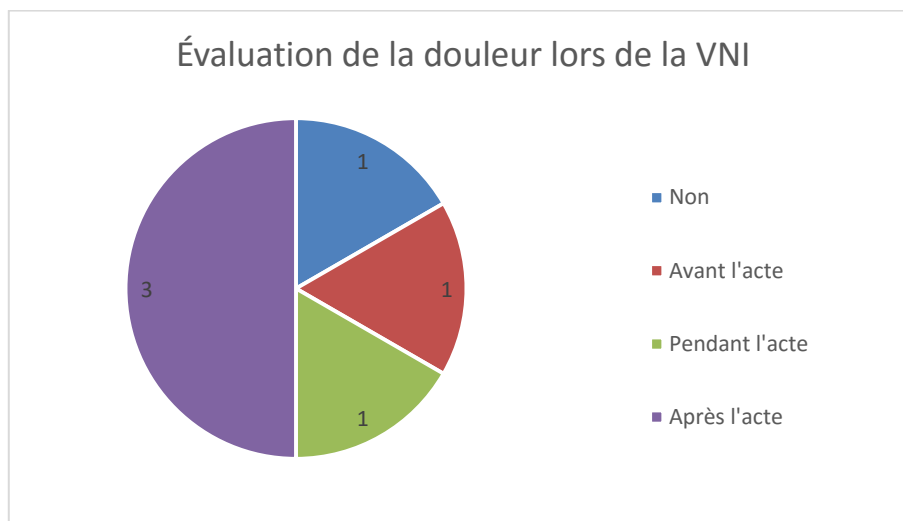


Figure 9 : Analyse de la réalisation de l'évaluation de la douleur lors de la VNI, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

c) Les autres soins douloureux

Les autres soins douloureux retrouvés dans un service de réanimation sont divers. En effet, ces derniers sont composés de :

- . La pose de sonde urinaire
- . La pose de sonde gastrique
- . La réalisation de pansement simple
- . La réalisation de pansement complexe
- . Le prélèvement artériel
- . Le prélèvement veineux
- . La ponction lombaire
- . La pose de cathéter central artériel
- . La pose de cathéter central veineux
- . La pose de drain pleural
- . Le retrait de drain pleural

L'ensemble de ces soins représentent 38,5% des cas, vis à vis de l'ensemble des soins étudiés lors de cette enquête dans le service de réanimation, où l'évaluation de la douleur a été réalisée.

Dans la figure 10, les différents soins sont classés en fonction du nombre de fois où l'évaluation de la douleur a été réalisée. Parmi les soins les plus couramment source d'évaluation, 70,2% sont des pansements simples, 19,1% des pansements complexes, ils représentent respectivement 27% et 7,4% de tous les soins inclus dans cette étude. Les soignants ont également évalué la douleur lors des prélèvements artériels (4,3%), veineux (2,1%) et lors de la pose

de sonde urinaire (4,3%). Les autres soins n'ont pas permis l'obtention de résultats en ce qui concerne l'évaluation de la douleur.

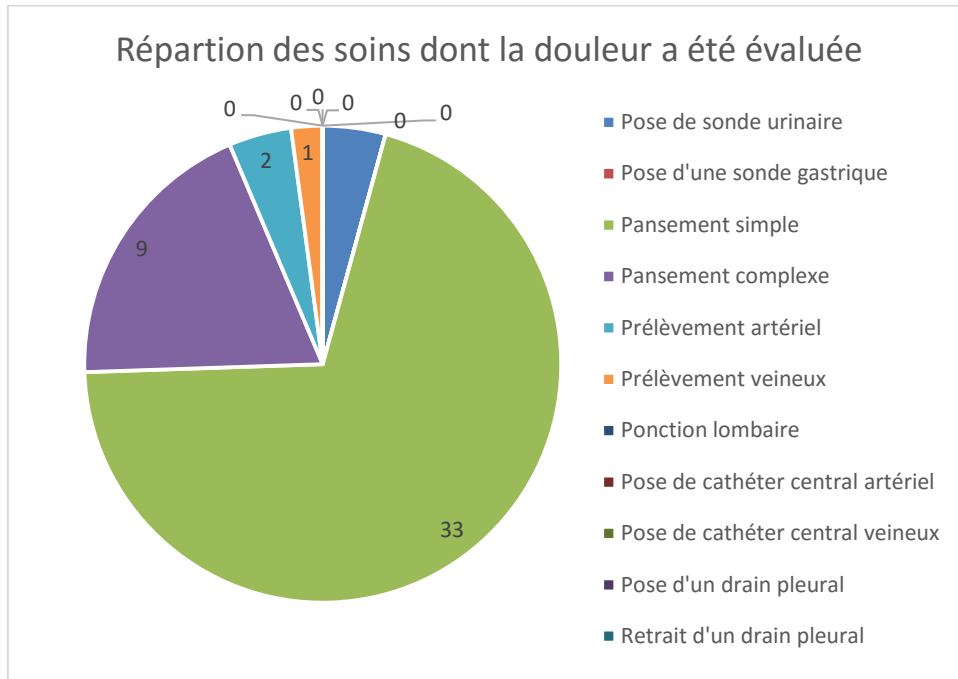


Figure 10 : Répartition des autres soins dits douloureux dont la douleur a été évaluée, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

En ce qui concerne la pose de sonde urinaire, il n'y a que trois actes qui ont fait l'objet d'une mise en place d'une évaluation de la douleur. Pour deux d'entre-elles, l'évaluation a été faite après la pose et pour l'une il y a eu une évaluation avant et pendant cet acte. (Figure 11)

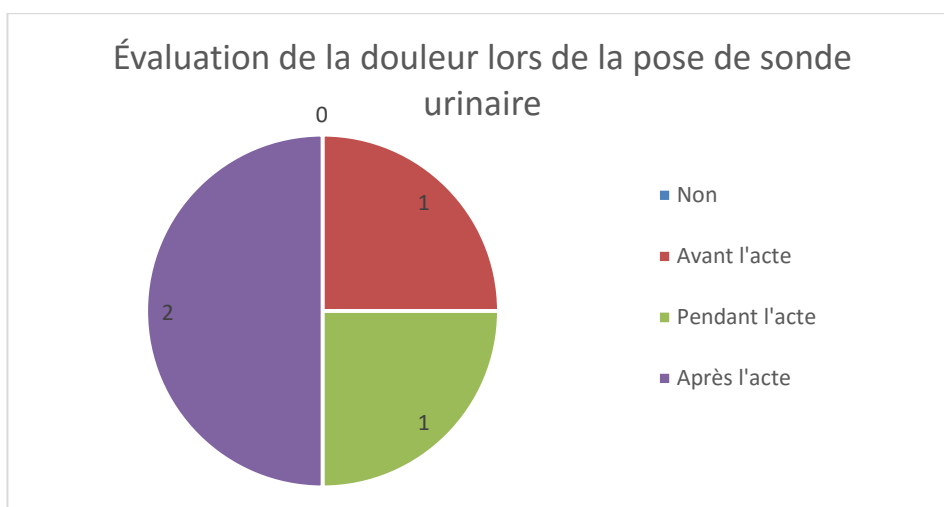


Figure 11 : Analyse de la réalisation de l'évaluation de la douleur lors de la pose de sonde urinaire, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

Lors de la réalisation de pansements simples, dans 39,4% des cas la douleur a été évaluée au cours du soin. Il se retrouve le même pourcentage pour les pansements où les infirmiers n'ont pas mis en place d'évaluation de la douleur. Par rapport à l'évaluation de la douleur avant et après les actes il y a respectivement 30,3 et 24,2% des situations. (Figure 12)

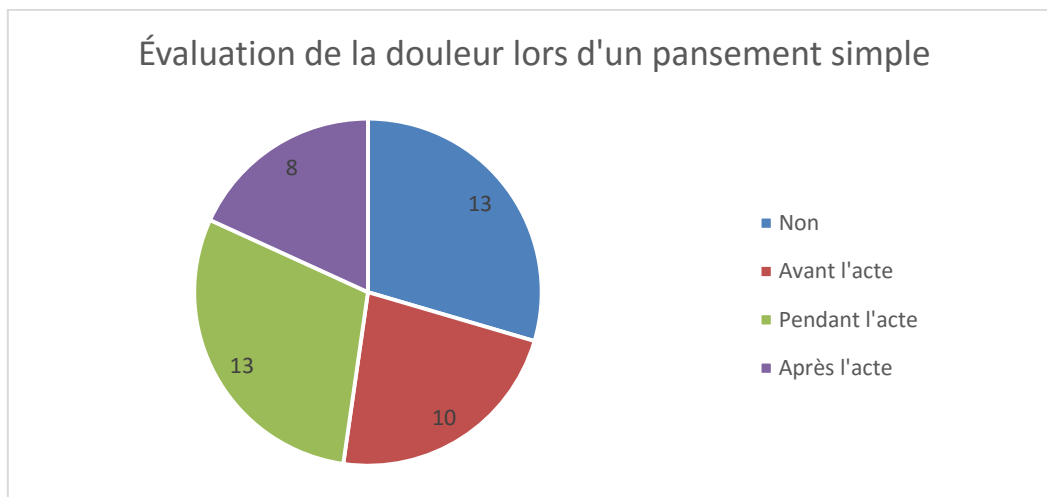


Figure 12 : Analyse de la réalisation de l'évaluation de la douleur lors d'un pansement simple, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

Lorsque les infirmiers réalisent les pansements complexes, il en est de même que pour les pansements simples, la douleur est essentiellement évaluée lors du soin dans 88,9% des situations mais seulement dans 44,4% avant l'acte et 55,6% après celui-ci. (Figure 13)

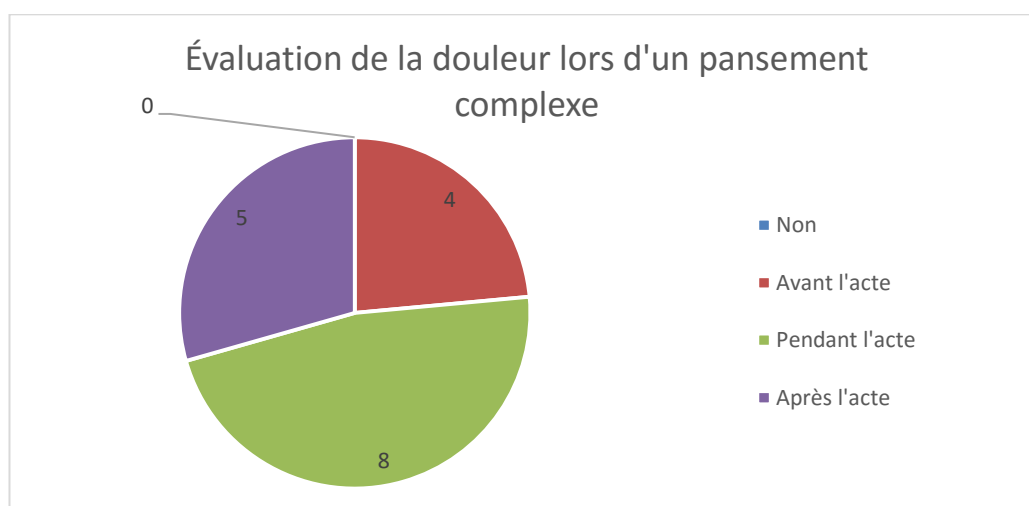


Figure 13 : Analyse de la réalisation de l'évaluation de la douleur lors d'un pansement complexe, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

D'après la Figure 14, l'évaluation de la douleur n'a été effectuée que lors de deux prélèvements artériels. À chaque fois la douleur a été évaluée avant et après le prélèvement mais elle ne l'a été pendant l'acte lui-même que pour un seul d'entre eux.

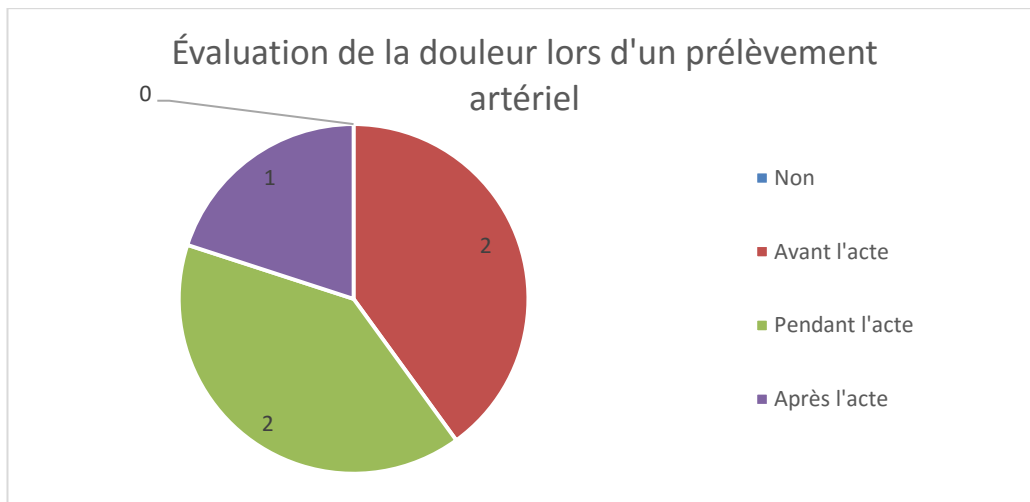


Figure 14 : Analyse de la réalisation de l'évaluation de la douleur lors d'un prélèvement artériel, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

Lors de cette enquête il n'est répertorié qu'un seul prélèvement veineux. Ce dernier a été source d'évaluation de la douleur avant et pendant celui-ci. (Figure 15)

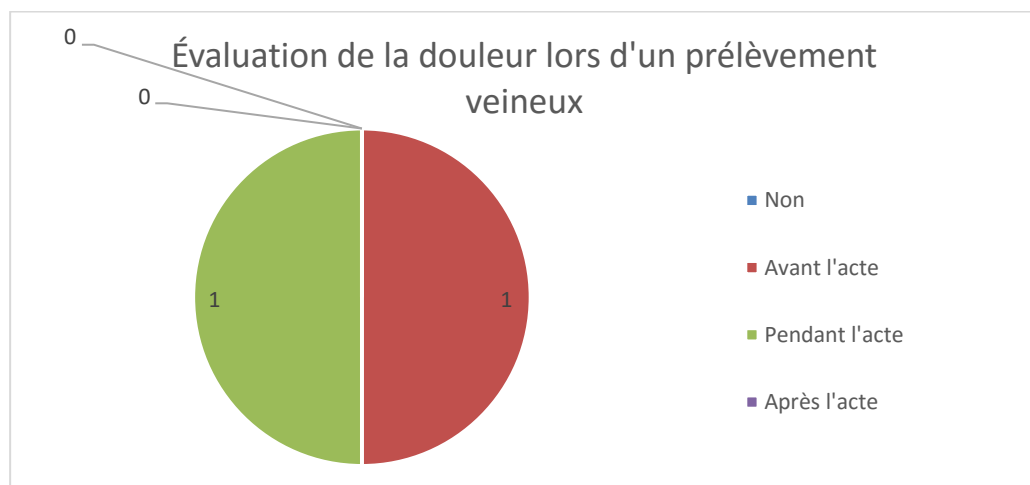


Figure 15 : Analyse de la réalisation de l'évaluation de la douleur lors d'un prélèvement veineux, d'après l'enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval

Sur tous les soins douloureux inclus dans cette enquête aucun soignant n'a rempli la case « Sollicitation d'un médecin pour la prise en charge ».

2.3.2. La prise en charge de la douleur lors des soins douloureux

Cette deuxième partie de l'enquête n'a été renseigné que dans 56,6% des cas. En effet, au total il n'a que 69 questionnaires sur 122 qui ont été remplis par les soignants.

a) Les soins quotidiens

En ce qui concerne les soins quotidiens la plupart du temps l'échelle utilisée est l'EVA et non la BPS, d'après le Tableau 10. Le seul soin qui est évalué par la BPS est le nursing.

Soins douloureux	Échelle utilisée	
	EVA	BPS
Mise au fauteuil ou mobilisation	100%	0%
Nursing	38,1%	61,9%
Transport hors du service	100%	0%
Kinésithérapie	100%	0%

Tableau 10 : Répartition de l'emploi des différentes échelles lors de l'évaluation de la douleur pendant les soins quotidiens

Lors de la mobilisation les patients ressentent en général une faible douleur, il en est de même lors des soins de nursing, que l'évaluation de la douleur soit faite avec l'échelle EVA ou BPS. Si l'on se réfère aux résultats (Tableau 11) de cette enquête, les patients ne seraient pas douloureux lors des soins de kinésithérapie ou les transports en dehors du service.

Soins douloureux	Score moyen selon l'échelle utilisée	
	EVA	BPS
Mise au fauteuil ou mobilisation	1	-
Nursing	1,9	3,1
Transport hors du service	0	-
Kinésithérapie	0	-

Tableau 11 : Les différents scores moyens des évaluations de la douleur selon l'échelle employée lors des soins quotidiens

Selon les soins, la prise en charge de la douleur, n'est pas toujours faite de la même manière (Tableau 12). Dans 50% des cas le patient reçoit un antalgique lors de la mise au fauteuil ou pendant la mobilisation. Ils sont 71,4% à recevoir une prescription d'analgésiques pour les soins de nursing quotidiens. Il en est de même lors de la kinésithérapie, le seul patient ayant reçu une évaluation de la douleur est sous antalgiques. On peut remarquer

dans le Tableau 12 que le seul patient évalué lors d'un transport n'a pas été douloureux et qu'il n'avait pas de prescription en cas de douleur.

Soins douloureux	Prise en charge médicamenteuse	
	Non	Oui
Mise au fauteuil ou mobilisation	50% (3 patients)	50% (3 patients)
Nursing	28,6% (6 patients)	71,4% (15 patients)
Transport hors du service	100% (1 patients)	0% (0 patient)
Kinésithérapie	0% (0 patient)	100% (1 patient)

Tableau 12 : Présence d'une prise en charge médicamenteuse lors des soins quotidiens

b) Les soins concernant les voies aériennes

Parmi les soins concernant les voies aériennes seulement deux sont sources de résultats : les aspirations bronchiques et la VNI. L'EVA a été employée dans 100% des cas lors de la VNI. Alors que 50% des aspirations bronchiques ont été évaluées grâce à cette même échelle, l'autre partie l'a été avec la BPS (Tableau 13).

Soins douloureux	Échelle utilisée	
	EVA	BPS
Aspiration bronchique	50%	50%
VNI	100%	0%

Tableau 13 : Répartition de l'emploi des différentes échelles lors de l'évaluation de la douleur pendant les soins concernant les voies aériennes

L'intensité de la douleur est considérée comme modérée pour les aspirations bronchiques quand la douleur est évaluée par l'échelle EVA. Ce que le Tableau 14 ne permet pas d'observer c'est le score le plus faible et le plus important. En effet, plusieurs patients ont évoqué une douleur dont l'intensité était de 6, ce qui est la limite entre une douleur modérée et une douleur intense. Lors de l'utilisation de l'échelle BPS la douleur apparaît absente. La douleur est faible lors des soins de VNI.

Soins douloureux	Score moyen selon l'échelle utilisée	
	EVA	BPS
Aspiration bronchique	3,75	3
VNI	1,2	-

Tableau 14 : Les différents scores moyens des évaluations de la douleur selon l'échelle employée lors des soins concernant les voies aériennes

D'après le Tableau 15, 75% des patients ayant des aspirations bronchiques reçoivent en même temps des antalgiques. Cependant, en ce qui concerne la VNI ce pourcentage diminue à 40%.

Soins douloureux	Prise en charge médicamenteuse	
	Non	Oui
Aspiration bronchique	25% (2 patients)	75% (6 patients)
VNI	60% (3 patients)	40% (2 patients)

Tableau 15 : Présence d'une prise en charge médicamenteuse lors des soins concernant les voies aériennes

c) Les autres soins douloureux

Dans la deuxième partie de l'enquête les autres soins dits douloureux représentent 39% des soins dont la prise en charge de la douleur a été étudiée.

D'après le Tableau 16, dans la majorité des soins, dont la douleur a été évaluée, l'échelle EVA a été employée. En effet, les pourcentages obtenus sont supérieurs à 60%.

Soins douloureux	Échelle utilisée	
	EVA	BPS
Pose d'une sonde urinaire	66,6%	33,3%
Pansement simple	60%	40%
Pansement complexe	62,5%	37,5%
Prélèvement veineux	100%	0%

Tableau 16 : Répartition de l'emploi des différentes échelles lors de l'évaluation de la douleur pendant les autres soins dits douloureux

Les différents scores obtenus par les évaluations de la douleur, répertoriés dans le Tableau 17, montrent une certaine disparité de la douleur en fonction du patient. L'échelle BPS selon les différents soins donne des scores de 3 ou 4 sur 12. Les patients sont alors considérés non douloureux. Néanmoins, l'échelle EVA démontre avec un score de 6 que quelques patients ont subi une douleur modérée qui nécessite la mise en place d'un traitement antalgique.

Soins douloureux évalués	Scores obtenus	
	EVA	BPS
Pose d'une sonde urinaire (3 actes)	0 (1 acte)	3 (1 acte)
	6 (1 acte)	
Pansement simple (15 actes)	0 (9 actes)	4 (1 acte)
		3 (5 actes)
Pansement complexe (8 actes)	0 (3 actes)	3 (3 actes)
	6 (2 actes)	
Prélèvement veineux (1 acte)	0 (1 acte)	-

Tableau 17 : Les différents scores des évaluations de la douleur selon l'échelle employée lors des autres soins dits douloureux

On constate que la prise en charge de la douleur varie selon les soins proposés. Lorsqu'il s'agit des poses de sondes urinaires ou des prélèvements veineux, les patients ne reçoivent pas d'antalgiques. Cependant, la prescription d'analgésiques représente environ 61% de l'ensemble des prises en charge médicamenteuses pour la réalisation des pansements (Tableau 18).

Soins douloureux	Prise en charge médicamenteuse	
	Non	Oui
Pose d'une sonde urinaire	100% (3 patients)	0% (0 patient)
Pansement simple	40% (6 patients)	60% (9 patients)
Pansement complexe	37,5% (3 patients)	62,5% (5 patients)
Prélèvement veineux	100% (1 patient)	0% (0 patient)

Tableau 18 : Présence d'une prise en charge médicamenteuse lors des autres soins dits douloureux

3. Analyse des résultats

3.1.1. Évaluation de la douleur lors des soins douloureux

a) Les soins quotidiens

Les différents soins quotidiens, qui ont été retenus, sont connus pour entraîner des douleurs. Lors de cette enquête l'ensemble de ceux-ci ont été sujets à une évaluation.

Il est à noter que les transports hors du service et la kinésithérapie n'ont été étudiés qu'une seule fois malgré la présence de douleur récurrente lors de ces soins d'après la littérature (132). Ce manque d'informations sur ces actes ne permet pas vraiment l'interprétation. Il faudrait essayer de comprendre pourquoi ces soins ne sont pas pris en compte par les soignants dans cette enquête. Le maximum d'examen est réalisé dans le service même y compris les radiographies, ce qui fait que les transports externes sont si peu nombreux. Les anesthésistes-réanimateurs limitent au maximum de sortir le patient du service, surtout quand ce dernier est sous respirateur, du fait de sa fragilité. La kinésithérapie, quotidienne chez certains patients, est très régulièrement réalisée dans le service. Ce soin est primordial car il permet de faciliter l'élimination des excréments bronchiques du patient, qui sont courantes en réanimation.

Le nursing regroupe un ensemble de soins généralement réalisés par les infirmiers et les aides-soignants. Parmi ces soins, il y a les soins d'hygiène comme la toilette, les soins buccaux, la mise sur bassin ou la vidange des poches d'urines. Ces derniers sont très régulièrement faits au cours de la journée, environ toutes les quatre heures en réanimation. Cependant, l'ensemble n'est pas à chaque fois réalisé. Cette régularité explique l'importance que prend le nursing dans cette enquête avec 73,5% des soins quotidiens étudiés. D'après cette enquête 61,1% de ces soins ont été sources d'évaluation parmi tous les soins. Il faut savoir que dans le service de réanimation de Laval, une feuille de suivi du patient est présente dans chaque chambre, sur laquelle est mise entre autres l'évaluation de la douleur. Cette évaluation doit être faite à chaque passage dans la chambre pour le nursing, ce qui permet la traçabilité du dossier patient. Deux possibilités peuvent alors expliquer ce résultat qui devrait être de 100%. En effet, soit l'enquête n'a pas été respectée par l'ensemble de l'équipe, soit la douleur n'est pas évaluée à chaque fois comme elle devrait l'être.

La mise au fauteuil n'est réalisable qu'une fois que le patient n'est plus sous assistance respiratoire mais surtout quand ce dernier a repris suffisamment de forces. De ce fait, en général cet acte n'est possible que vers la fin de séjour dans le service de réanimation. Cependant, la mobilisation est plus courante, car elle est essentielle afin de limiter la survenue d'escarres, étant la conséquence de l'absence de mouvements chez les personnes intubées.

Selon l'étude réalisée, parmi ces soins l'évaluation de la douleur s'est faite dans 63,6% des cas. Ce pourcentage se rapproche de celui du nursing et peut s'expliquer par le fait que ces deux types de soins sont exécutés au même moment. Ce qui peut nous amener à la même conclusion que précédemment.

b) Les soins concernant les voies aériennes

Les soins concernant les voies aériennes n'ont pas été tous étudiés au final dans cette enquête. En effet, parmi ces soins, les soignants ont rempli le questionnaire seulement pour les aspirations bronchiques et la VNI.

Les soins de trachéotomie et les fibroscopies n'ont jamais donné lieu à une évaluation de la douleur, si nous nous référons aux résultats de cette étude. Sachant qu'aucun de ces actes n'a été évalué, cela montre une insuffisance de la prise en charge de la douleur dans sa globalité.

Les intubations trachéales n'ont pas donné plus d'évaluation de la douleur alors que ce sont des actes médicaux qui sont constamment réalisés dans l'urgence. En effet, le pronostic vital du patient est mis en jeu. De ce fait, plus l'intubation est réalisée rapidement, plus le soignant donnera de chance à son patient de surmonter cette épreuve. Cette urgence permet de comprendre l'absence de prise de temps pour évaluer la douleur par les anesthésistes-réanimateurs. De plus, ces patients présentent très souvent une insuffisance respiratoire, or la plupart des analgésiques employés en réanimation sont des morphiniques. Ces derniers engendrent tout de même un effet indésirable représentant un inconvénient important, la dépression du centre respiratoire.

Les aspirations bronchiques consistent à éliminer les sécrétions bronchiques au niveau de la sonde trachéale. Ce soin est important car il permet d'éviter à cette sonde de se boucher et ainsi faciliter une meilleure ventilation du patient. Il permet aussi de limiter les macérations de ses sécrétions qui pourraient provoquer des infections pulmonaires. Les aspirations bronchiques sont faites plusieurs fois par jour. Ce geste est considéré comme l'un des soins les plus invasifs en réanimation. Malgré cette information seulement 37,6% des cas ont eu une évaluation de la douleur alors que les aspirations bronchiques sont réalisées au moins deux fois par jour. Ceci nous démontre qu'elles n'ont pas été toutes renseignées sur les questionnaires de l'enquête et par là même que la douleur est insuffisamment évaluée.

La ventilation non invasive n'est pas un soin présent chez tous les patients et n'est pas toujours prescrite. Cela explique le faible nombre de cinq VNI évaluées. Seulement 40% de ces actes ont amené à une évaluation de la douleur. Ce pourcentage s'approche de celui des aspirations bronchiques et met en avant l'importance de l'absence d'évaluation de la douleur.

c) Les autres soins douloureux

Ces soins sont assez nombreux puisque treize soins en tout y sont regroupés. Parmi ces derniers seulement cinq ont été étudiés dans cette enquête.

Les soins qui n'ont obtenu aucun résultat dans cette étude sont la pose de sonde gastrique, les ponctions lombaires, la pose de cathéter central artériel et veineux, la pose et le retrait de drain pleural. La plupart de ces actes sont des soins qui n'ont pas été souvent réalisés en réanimation le temps de l'enquête.

La pose de sonde urinaire est un acte médical quotidien en réanimation car les patients qui sont sédatisés sont forcément sondés. Malgré cette pratique courante seulement trois d'entre elles sont étudiées dans l'enquête et ont permis l'évaluation de la douleur. Les résultats obtenus au niveau de l'évaluation de la douleur sont trop disparates. De ce fait, il manque beaucoup trop d'informations concernant la pose de sonde urinaire pour aboutir à une conclusion.

La réalisation de pansements simples est quotidienne dans un service de réanimation, ce sont ceux par exemple qui protègent un ou plusieurs cathéters. Les pansements simples représentent au total 27% des soins évalués dans cette étude. Ce résultat confirme que c'est un acte régulièrement réalisé. Parmi l'ensemble de ces soins pratiqués 60,6% d'entre eux ont permis d'évaluer la douleur. Ce pourcentage moyen montre également un manque de prise en compte d'une douleur potentielle.

Les pansements complexes sont des soins moins courants que les pansements simples car ils sont spécifiques. Ils ne sont pas refaits systématiquement quotidiennement mais selon un protocole émit et soumis à une prescription. Parmi les résultats renseignés dans le premier questionnaire, la totalité des pansements complexes auraient amené à une évaluation de la douleur, mais il n'est pas sûr que tous aient été annotés sachant que seulement neuf de ces soins ont été répertoriés.

Les ponctions artérielles ou veineuses ne sont pas quotidiennes dans un service de réanimation. En effet, les prélèvements sanguins sont faits à partir des cathéters déjà mis en place, ce qui permet d'éviter de nouvelles infractions cutanées. Lors de l'enquête seulement trois ponctions sanguines ont été réalisées et celles-ci ont toutes été source d'une évaluation de la douleur.

3.1.2. La prise en charge de la douleur lors des soins douloureux

Le nombre de cas dont la prise en charge de la douleur a été étudiée représente 56,6% de l'ensemble des situations évaluées dans la première partie de l'enquête. Parmi les 122 cas du départ, seulement 69 d'entre eux ont permis de continuer l'enquête. Cette différence peut s'expliquer par le fait que tous n'ont pas mené à une évaluation de la douleur et donc n'ont pas permis de compléter le deuxième questionnaire. D'autre part, il faut évoquer aussi le manque d'implication de certains soignants à cette étude.

a) Les soins quotidiens

L'échelle d'évaluation la plus utilisée est l'EVA. En effet, elle est utilisée dans 100% des cas lorsqu'il s'agit de la mise au fauteuil, de la mobilisation, de la kinésithérapie ou des transports hors du service. Cette information permet de déduire que dans la majorité des situations, en ce qui concerne les soins quotidiens, l'évaluation de la douleur est réalisée lorsque le patient est éveillé et conscient. Cependant, parmi l'ensemble de ces soins, le nursing n'est pas concerné par cette déduction. En effet, celui-ci engendre plutôt une évaluation de la douleur par l'échelle BPS et se fait donc en présence de patients sédatisés. Ces résultats sont en concordance avec les différents types de soins.

Lors de l'évaluation de la douleur au cours des soins quotidiens plusieurs résultats sont encourageants. En effet, lors de la kinésithérapie et du transport hors du service aucune douleur ne fut constatée par les patients. Cependant, l'ensemble de ses soins ne représente que deux cas sur un total de 69. Par rapport aux deux autres types de soins (la mise au fauteuil ou la mobilisation et le nursing), les patients ressentent en moyenne une faible douleur. Ce résultat signifie que les patients ont en général une bonne prise en charge de la douleur mais elle pourrait être plus efficace puisque lors de ces deux soins, il apparaît que cinq patients sur vingt-sept ont subi une douleur modérée. Nous pouvons donc en conclure que certains patients n'ont pas vu leur douleur suffisamment soulagée.

Lors d'actes de kinésithérapie le patient interrogé reçoit un analgésique, ce qui peut expliquer l'absence de douleur lors de ce soin. En ce qui concerne le transport hors du service, le seul patient ayant participé à cette deuxième partie de l'enquête n'avait aucune prise en charge de la douleur. Il serait possible d'en déduire que ce soin ne fait pas partie des soins douloureux. Cependant, il n'est pas possible de tirer une conclusion aussi hâtive du fait qu'il n'y a qu'un seul résultat. Lors de la mise au fauteuil ou la mobilisation, la moitié des patients reçoivent un antalgique en continu. Néanmoins, un des six patients participant à l'étude, soit quasiment 17% des patients, montre une douleur de six sur dix, c'est à dire une douleur d'intensité moyenne à la limite d'une intensité forte. Ces deux résultats obtenus et leur mise en relation permettent de distinguer une prise en charge de la douleur qui pourrait être optimisée. Ce même constat peut être établi avec le nursing. En effet, quatre patients sur 21 subissent une douleur d'intensité modérée voire à la limite d'intense dans certains cas, soit 19% des situations. La prescription

d'antalgiques lors du nursing est plus importante avec 71,4% des situations que par rapport à la plupart des autres soins évoqués précédemment. Du fait d'une meilleure prise en charge médicamenteuse et de l'existence d'une douleur non négligeable, il apparaît que le nursing est l'un des soins les plus douloureux parmi les soins quotidiens.

b) Les soins concernant les voies aériennes

Les aspirations bronchiques sont des soins assez particuliers du service de réanimation, puisqu'il s'agit d'aspirer les sécrétions bronchiques au niveau de la sonde d'intubation. Ce type de soin est très courant en réanimation, sachant que la plupart des patients se trouvant dans ce service sont intubés au début de leur séjour en réanimation et ce jusqu'au moment où leur état général s'améliore. Ils sont mis sous sédation afin de limiter les désagréments de la réanimation et une meilleure prise en charge globale. Ils sont par la suite réveillés mais toujours intubés le temps d'assurer la reprise des réflexes respiratoires. Une fois cette étape réalisée la sonde d'intubation peut être enlevée. L'ensemble de ces informations est nécessaire afin de comprendre que la majorité des patients pour ce soin est sédaturée et donc inconsciente. De ce fait, l'échelle utilisée pour le plus grand nombre des cas est la BPS. Cependant, l'enquête démontre que l'échelle EVA a été utilisée dans la moitié des situations, ce qui signifie que les patients inclus dans cette étude au niveau de ce soin sont éveillés et conscients. Cette observation est primordiale pour interpréter l'ensemble de l'enquête car elle montre le manque d'implication de certains soignants dans l'étude et que tous les soins n'ont pas été enregistrés dans celle-ci.

La VNI est quant à elle réalisée chez les patients éveillés et conscients, ce qui explique que dans 100% des situations c'est l'échelle EVA qui a été employée pour évaluer la douleur chez les patients.

L'intensité de la douleur évoquée lors des aspirations bronchiques n'est pas la même en fonction du type de patients. D'après l'enquête, les patients sédaturés ne ressentent pas de douleur car le score moyen est de trois sur douze sur l'échelle BPS. Néanmoins, quant aux patients éveillés et conscients, ils ont subi dans la majorité des cas une douleur modérée. Plusieurs suppositions peuvent être faites à cette étape de l'enquête. La première est que la douleur n'est pas suffisamment prise en compte chez les patients éveillés. Effectivement, il semblerait que l'évaluation de la douleur chez les patients sédaturés soit sous-évaluée. La deuxième supposition est un problème d'évaluation de la douleur avec l'échelle BPS chez les patients inconscients.

La VNI conclue chez quatre patients sur cinq montre une absence totale de douleur mais un patient quant à lui subit une douleur d'intensité modérée voire forte. De ce fait, la douleur est dans la plupart des situations bien prise en charge lors de la réalisation de la VNI.

75% des patients soumis à une aspiration bronchique ont bénéficié de prescriptions d'analgésiques. Parmi ceux recevant un antalgique, la plupart étaient intubés, ce qui explique l'absence de douleur chez les patients

inconscients et inversement la présence d'une douleur chez une majorité des autres patients. Par conséquent, les patients éveillés sont moins bien pris en charge au niveau de la douleur que les patients inconscients.

Pour la VNI moins de la moitié (40%) des patients reçoivent un traitement pour lutter contre la douleur. Dans 20% des cas ce soin ne provoque pas de douleur, il pourrait donc s'agir d'un soin peu douloureux. Cependant, il ne faut pas la négliger non plus car certains patients ressentent une douleur dont l'intensité peut être importante. Il faut donc être à l'écoute des patients et proposer une prise en charge individualisée de la douleur pour ce genre de soin.

c) Les autres soins douloureux

Dans plus de 60% des cas, la douleur est évaluée avec l'échelle EVA et donc chez des patients conscients, or ces soins, comme la pose de sonde urinaire, les différents pansements, sont constamment réalisés chez les patients sédatisés. De ce fait à l'instar des conclusions précédentes l'on pourrait en déduire un manque de considération de cette enquête auprès du personnel soignant.

Lors de la pose de sonde urinaire les patients éveillés n'ont dans un des cas subit aucune douleur alors que le second a ressenti une douleur d'intensité modérée. Quant aux patients sédatisés d'après les résultats n'ont manifesté aucune douleur. Cependant, cette dernière information a été recueillie par une hétéroévaluation ce qui peut fausser le résultat. Ces constats montrent qu'il est nécessaire de prévenir la douleur lors de la pose d'une sonde urinaire.

Les pansements simples n'ont pas provoqué de douleur chez les patients inclus dans cette étude. Néanmoins, pour deux patients réveillés sur cinq, l'intensité de la douleur est à la limite d'intense selon l'échelle EVA lorsqu'il s'agit de pansements complexes alors qu'aucun patient sédaté ne montre une présence de douleur.

La prise en charge médicamenteuse de la douleur est absente lors de la pose d'une sonde urinaire ou lors des prélèvements veineux. Sachant que certains patients peuvent être sujets à une douleur lors de la pose d'une sonde urinaire, il serait important de mettre en place un protocole de prise en charge de la douleur dans toutes les situations. En ce qui concerne la réalisation des pansements plus de la moitié des patients reçoivent des analgésiques, en moyenne 61%. Malgré cette prise en charge, certains patients ressentent une douleur modérée, ce qui montre une insuffisance de la lutte contre la douleur.

4. Bilan de ce travail réalisé en réanimation

4.1. Les biais

Lors de cette Enquête plusieurs biais peuvent interférer dans l'interprétation des résultats obtenus et fausser ces dernières.

En effet, le premier biais rencontré est le nombre de l'échantillon de patients étudié. Au total 122 situations ont donné des résultats en ce qui concerne l'évaluation de la douleur et seulement 69 d'entre-elles ont été sources d'une évaluation. Cette dernière catégorie est la seule à pouvoir nous informer sur la prise en charge de la douleur. En plus de ce manque général de résultats, certains soins douloureux n'ont même pas été étudiés comme les trachéotomies ou encore les fibroscopies, les poses de sonde gastrique.

Le deuxième biais qui peut interagir est le score des évaluations de la douleur, obtenus par le personnel soignant. Les infirmiers sont quasiment les seuls à réaliser cette évaluation. Cependant, ont-ils tous eu une formation sur l'utilisation des échelles ? D'autre part, les hétéroévaluations comme BPS sont subjectives, ce qui ajoute une difficulté supplémentaire dans l'obtention d'un résultat fiable.

4.2. Les limites

Différentes limites ont pu freiner le recueil de résultats et donc le développement de cette enquête. La plus grande limite constatée est mon absence importante dans le service de réanimation. J'ai pu constater que lors de ma présence les questionnaires étaient plus facilement complétés. Ce constat permet de comprendre le nombre de situations étudiés pour cette étude.

Par conséquent, les résultats obtenus permettent uniquement de donner un premier état des lieux de la prise en charge de la douleur dans ce service.

4.3. Les résultats

La prise en charge de la douleur dans le service de réanimation apparaît correcte dans l'ensemble. Néanmoins plusieurs pratiques pourraient être revues afin d'être améliorées.

Dans un premier temps, il paraît important que le personnel soignant soit formé à l'emploi des échelles d'évaluation. En effet, une enquête réalisée dans un service de réanimation a permis de mettre en évidence que l'information et la formation sur l'échelle BPS permettait d'augmenter le pourcentage d'utilisation de cette dernière (133). De ce fait, dans le même ordre d'idée il est primordial d'accentuer l'importance d'évaluer la douleur chez ce type de patients couramment exposés à la douleur. De plus, il est important que les professionnels de santé emploient des échelles d'évaluation de la douleur adaptées aux différentes situations.

Dans un deuxième temps, il serait intéressant que les patients conscients soient informés sur le fonctionnement et les différents soins réalisés au sein du service de réanimation. Ces informations permettent d'effacer un certain mystère qui règne autour de ce service et donc d'enlever une part d'angoisse que peuvent ressentir les patients lors d'une hospitalisation. En effet, il est démontré que le fait d'informer le patient sur les différents soins pouvait engendrer une diminution de l'inconfort de ce dernier. Dans le même sens, il est important de pratiquer les mobilisations du patient en douceur et dans un cadre serein (128).

Dans un troisième temps, l'étude a parfois démontré un manque de communication entre les infirmiers et les médecins. Ce constat a été fait d'après le premier questionnaire dans lequel aucun infirmier n'a mentionné qu'il avait informé ou consulté les médecins de la présence de la douleur. Cette affirmation est à prendre avec réserve en effet, il s'agit peut-être juste d'une absence de renseignements par les infirmiers dans cette enquête. Cependant, le travail et le dialogue entre les différents professionnels de santé sont très importants dans la mise en place, le plus rapidement possible, d'une prise en charge de la douleur.

Enfin, comme il a été évoqué un peu plus haut, il faudrait compléter cette enquête afin de réaliser des protocoles de prise en charge de la douleur. En effet, d'après plusieurs sources l'instauration de protocoles facilite l'ajustement des doses d'antalgiques de manière très régulière et en fonction du patient. Par conséquent, une prise en charge individualisée de la douleur entraînera plus facilement un abaissement du temps de ventilation mais également de la durée de séjour dans le service de réanimation. Les protocoles contiennent la démarche d'évaluation de la douleur avec l'échelle à employer, mais aussi le moment où celle-ci doit être réalisée. Ils vont également déterminer les traitements antalgiques à utiliser en fonction des situations. Ces protocoles répertorient l'ensemble des soins considérés douloureux et de la méthode à appliquer pour chacun d'eux (128).

Il ne faut pas oublier qu'une bonne prise en charge de la douleur a des répercussions sur le nombre d'infections nosocomiales, les temps de sédation et de ventilation mécanique (129). De nos jours, Il est essentiel de s'occuper de la prise en charge de la douleur dans ce service comme dans les autres. En effet, plusieurs données sont à prendre en considération aujourd'hui. Tout d'abord, la prise en charge de la douleur doit être avant tout pour le patient lui-même, pour son confort afin d'éviter les complications de ses douleurs. Les douleurs provoquées par les soins sont quotidiennes et peuvent entraîner le développement de douleurs chroniques. D'autre part, aujourd'hui la sécurité sociale a un déficit financier de plus en plus conséquent, il en est de même pour une partie des différents centres hospitaliers en France, alors que l'on sait qu'une mauvaise prise en charge de la douleur engendre des complications comme il est cité au début du paragraphe, il est important de limiter les frais annexes, sachant que parfois ils pourraient être évités.

Discussion

Les soins peuvent provoquer des douleurs. En effet, dans l'étude EPIDOL ou encore dans celle réalisée au Centre Hospitalier de Châteauroux et celle effectuée par le COEGD, la Sanesco et la Sofres, il a été démontré que les soins peuvent être source de douleurs intenses, ce qui a été retrouvé dans l'enquête réalisée en réanimation au Centre Hospitalier de Laval (63; 65; 68).

Puisque les soins peuvent être source de douleurs comme en témoignent l'enquête dans le service et la littérature, les soignants devraient instaurer une prévention lorsque ces soins sont reconnus comme responsables de douleurs (63; 65; 68).

La prise en charge de la douleur se fait en plusieurs étapes :

1. **Reconnaissance** de la douleur par le personnel soignant,
2. **Évaluation** de la douleur à l'aide d'échelles,
3. **Mise en place** d'un traitement antalgique adapté,
4. **Surveillance** de l'évolution de la douleur.

Tout d'abord, la reconnaissance de la douleur d'autrui est la première étape dans la prise en charge de celle-ci. Il a été rapporté que certains patients ont émis un manque de considération de leur douleur par les soignants d'après l'enquête EPIC (64). En réanimation les patients sont sédatisés et ne peuvent donc s'exprimer. Cependant, il a été constaté que lors du nursing l'évaluation n'a été réalisée que dans 61,1% alors qu'elle devrait être de 100% si les infirmiers suivent le protocole établi dans ce service. De plus, il a été observé que la douleur provoquée par les aspirations bronchiques avait été évaluée en grande partie par l'échelle EVA or cette échelle est destinée aux patients éveillés. Dans un service de réanimation les patients sont souvent dans un coma artificiel de là nous pouvons nous poser les questions « Pourquoi la douleur est-elle essentiellement étudiée chez les patients éveillés ? » et « Pour quelle raison les soignants ne portent-ils pas le même intérêt aux patients sédatisés ? »

D'autre part, l'évaluation de la douleur permet au corps soignant de définir le type de douleur et quelle prise en charge sera la plus adaptée face à celle-ci. Deux constats ont pu être faits entre la littérature et l'enquête réalisée en réanimation.

Le premier constat est parfois une absence d'évaluation de la douleur d'après de nombreuses études comme EPIDOL, l'enquête auprès des professionnels de santé libéraux et celle réalisée par la COEGD (63; 65; 67). Ce constat a également été fait au Centre Hospitalier de Laval. En effet, pour l'ensemble des soins étudiés tels que le nursing, les aspirations bronchiques, la mise au fauteuil ou la mobilisation, l'évaluation de la douleur est réalisée en

moyenne dans 60% des cas. Ce résultat se situe entre ceux obtenus dans l'enquête du COEGD avec 50% des cas et celle réalisée auprès des professionnels de santé libéraux avec une moyenne de 87% des cas (65; 67).

Le deuxième constat est une disparité dans les scores obtenus par les hétéroévaluations puisqu'elles font intervenir le personnel de santé et donc leur subjectivité. En effet, il a été démontré que les soignants avaient tendance à sous-évaluer la douleur chez ses patients en utilisant les hétéroévaluation d'après l'étude EPIDOL (63). Dans l'enquête réalisée dans le service de réanimation au Centre Hospitalier de la Laval une grande partie des évaluations sont effectuées par l'échelle BPS. Cette dernière fait intervenir un soignant lors de l'évaluation. Plusieurs résultats montrent souvent une absence de douleurs subie par les patients, nous pouvons donc émettre plusieurs hypothèses : soit la douleur est correctement prise en charge, soit l'évaluation est biaisée par le professionnel de santé qui l'a faite. Cette deuxième version n'est pas négligeable sachant qu'il n'est pas évident de définir la douleur de l'autre qui est subjective.

Enfin, en ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse de la douleur n'est pas toujours réalisée. Dans toutes les études citées dans la première partie de ce travail, les patients ont évoqué un manque de soulagement de leur douleur malgré la présence parfois de traitements antalgiques. Il en est de même selon l'enquête réalisée en réanimation. D'après cette dernière, certains actes comme la pose de sonde urinaire ou les ponctions sanguines n'ont jamais été source de traitement de prévention de la douleur, malgré la présence de douleur. À l'inverse les patients ayant eu des soins de pansements ont reçu dans 61% des cas un traitement antalgique.

Différentes questions peuvent se poser suite à ces différents constats. « Pourquoi existe-t-il une telle différence entre la prise en charge de la douleur selon les soins effectués ? » « Serait-ce dû à la représentation de la douleur par les soignant ? » « Ces derniers pensent-ils que certains soins ne sont pas douloureux et de ce fait ne devrait pas être évalués ? »

Suite à ces comparaisons, il peut être constaté que les résultats obtenus par étude réalisée au Centre Hospitalier de Laval concordent avec la littérature. De ce fait, nous pouvons en déduire que malgré le manque de cas étudiés l'échantillon de malades est représentatif de la population. De plus, cette comparaison permet de valider l'ensemble de l'enquête.

Les différents constats permettent de montrer qu'il reste encore à l'heure actuelle des efforts à réaliser afin de lutter contre la douleur.

Perspectives de la prise en charge de la douleur en France

Dans ce travail nous avons vu les différents problèmes, liés à ce fléau, auxquels notre pays fait face au quotidien. Cependant, la question suivante peut se poser « pourquoi la prise en charge de la douleur doit être une priorité en France ? ». Cette problématique sera le sujet du premier point abordé dans cette troisième partie. Par la suite, nous nous attarderons sur l'ensemble des mesures qui ont déjà été mises en place pour lutter contre la douleur. Enfin, dans un dernier point seront exposées des pistes d'amélioration de la prise en charge de la douleur en France.

1. Pourquoi la prise en charge de la douleur doit être une priorité en France ?

Différentes notions comme l'état des lieux de la prise en charge de la douleur en France ou encore les conséquences que peuvent provoquer une douleur non traitée, nous rappellent qu'il est primordial de prendre en charge celle-ci.

1.1. Les données concernant la prise en charge de la douleur en France

La prise en charge de la douleur en France de nos jours a connu des améliorations. Cependant, bien d'autres stratégies restent à mettre en place afin de pallier aux défaillances qui peuvent encore subsister à l'heure actuelle.

D'une part, plusieurs enquêtes citées dans la première partie ont démontré que les douleurs n'étaient pas suffisamment soulagées chez les patients.

L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) a réalisé une enquête en 2010 concernant la prise en charge de la douleur en France. Il s'avère que 25,2% des personnes d'une tranche d'âge de 15 ans à 85 ans ont subi une douleur intense dans l'année précédant l'interrogatoire. Cette étude confirme ce qui ressort souvent des questionnaires, les femmes et les personnes âgées sont les plus concernées par la douleur.

Malgré ces informations, il faut savoir que la fréquence des épisodes douloureux décline petit à petit passant de 28,7 en 2000 à 25,2% en 2010. Cette vision est encourageante pour l'avenir mais insuffisante. En effet, l'étude confirme le manque de prise en charge. Il a été noté qu'en 2000, 80,8% des personnes atteintes de douleurs avaient trouvé que le traitement prescrit était satisfaisant voire très satisfaisant (70).

D'autre part, certaines pratiques ont été améliorées mais de nombreux efforts restent encore à fournir afin de prendre au mieux en charge des personnes ressentant une douleur. D'après la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), la consommation d'antalgiques aurait passé de 260 millions de boîtes en 2006 à 360 millions en 2009 (70).

Néanmoins, il faut savoir que la prévalence de la douleur risque d'augmenter, en France, si rien n'est fait pour limiter sa survenue. Cette donnée est due à l'augmentation de l'espérance de vie. Les douleurs intenses sont plus nombreuses d'environ 10% chez les personnes de plus de 65 ans. Cette différence entre la population âgée et la population adulte de moins de 65 ans s'explique par la présence de cancers, de rhumatismes et de douleurs neuropathiques plus fréquentes chez les personnes âgées (66).

1.2. Les conséquences d'une mauvaise prise en charge de la douleur en France

Depuis plusieurs années la France essaie de mettre en place des plans de prise en charge de la douleur. Malgré ces derniers, de nombreuses personnes se plaignent encore de douleurs qui impactent leur vie quotidienne.

Une enquête de l'ECONEP présente les différentes dépenses liées à la prise en charge de la douleur chronique, à savoir que celle-ci a tendance à s'installer lorsqu'une douleur aiguë n'est pas ou mal prise en charge (66). Les dépenses sont répertoriées selon les différents soins dans le Tableau 19. Il en ressort que le coût final peut rapidement être élevé. Par conséquent, une douleur prise en charge à temps et de manière correcte peut avoir une influence très positive sur le plan financier de la sécurité sociale.

La différence de coût entre un hôpital privé et public peut s'expliquer par plusieurs (134) :

- La situation des patients accueillis dans le public est souvent plus critique et demande un temps d'hospitalisation plus long.
- Les prix pratiqués sont plus importants dans les hôpitaux publics.

Soins	Coût total moyen par patient et par an
Hospitalisation	. Hôpital privé : 7 000 euros . Hôpital public : 14 500 euros
Traitements médicamenteux	. 580 euros
Traitements non médicamenteux	. Hôpital privé : 3 630 euros . Hôpital public : 5 150 euros
Examens complémentaires	. 950 euros

Tableau 19 : Coût moyen d'un patient par an pour une douleur chronique (66)

Il ressort de cette même étude qu'un patient subissant une douleur de plus de trois mois, consultait un médecin généraliste en moyenne dix fois par an et un médecin spécialiste quatre fois (66).

D'autre part, les douleurs chroniques ont généralement un impact non négligeable sur la vie professionnelle du patient, elles peuvent engendrer une dégradation de la qualité de travail de celui-ci et donc un risque de perdre son travail. Ce retentissement sur le travail a été recensé dans 40% des cas. De plus, il est constaté que les patients présentant des douleurs chroniques avaient tendance à être cinq fois plus souvent en arrêt de travail par rapport à une population classique. Pour près de la moitié des personnes concernées la durée cumulée des arrêts représentent au moins quatre mois d'absence par an. Ces deux problèmes soulevés au niveau de la vie professionnelle peuvent engendrer de nombreux frais à la société. La dégradation de la qualité de travail et les arrêts maladie sont une conséquence de la douleur. Avec une bonne prise en charge de celle-ci, ils pourraient être largement diminués ainsi que les coûts qui en découlent (66).

2. Les Mesures en faveur de l'amélioration de la prise en charge de la douleur

De nos jours plusieurs mesures ont déjà été mises en œuvre afin d'améliorer la prise en charge de la douleur. Une partie de celles-ci ont été développées par le gouvernement. En plus de ces actions entreprises, des associations de lutte contre la douleur se sont multipliées, seules les plus connues seront développées.

2.1. Les différentes mesures prises par le gouvernement

La prise en charge de la douleur a bien évolué depuis une quinzaine d'années. En effet, les pouvoirs publics ont mis en œuvre plusieurs actions comme le développement de l'information auprès des patients entre autres grâce au « contrat d'engagement contre la douleur ». Ils ont également créé plus de 250 structures spécialisées dédiées à cette même prise en charge. En ce qui concerne les soignants leur formation sur la douleur a été accentuée. La Haute Autorité de Santé a même conçu une certification des établissements de santé afin d'évaluer leurs capacités à prendre en charge au mieux la douleur. Toutes ces actions ont pu être possibles grâce aux différents programmes de lutte contre la douleur (135).

2.1.1. Les Plans douleurs

Au jour d'aujourd'hui, plusieurs mesures ont été mises en œuvre afin de lutter contre la douleur. Tout d'abord, il y a eu les différents plans de lutte contre la douleur (78).

Le premier plan d'action du Lutte contre la douleur devait réaliser l'ensemble de ses objectifs entre 1998 et 2000. Ce programme tourne autour de trois principaux axes (136) :

- **Améliorer** la prise en charge de la douleur dans les hôpitaux,
- **Informers les professionnels de santé** au niveau de l'évaluation de la douleur et des traitements disponibles,
- **Informers et écouter les patients** sur leur douleur.

Afin de permettre leur mise en œuvre plusieurs actions ont été déployées, on y retrouve la rédaction d'un guide méthodologique destiné aux établissements de santé permettant d'améliorer la prise en charge de la douleur. L'EVA a été décrite comme l'outil de référence de l'évaluation de la douleur (136).

En 1999, une procédure a été établie afin de faciliter la prescription des antalgiques assimilés aux stupéfiants, de nouvelles ordonnances sécurisées sont venues remplacer les ordonnances provenant des carnets à souches. Dans le même temps les établissements de santé ont vu la suppression des ordonnances contenant des stupéfiants afin d'accélérer la prise en charge de la douleur (136).

En ce qui concerne la formation sur la douleur, elle a été accentuée pour les médecins, les paramédicaux et les infirmiers et a été insérée dans le cursus des masseurs-kinésithérapeutes (136).

Le ministère a souhaité développer la disponibilité des informations en les éditant sur son site internet (136).

En 1998, s'ajoute à tout cela la création du « carnet douleur » qui instaure l'information systématique des patients au sujet de la douleur. De plus, les soignants sont dans l'obligation de rapporter les résultats de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient, ce qui permet une traçabilité de celle-ci (136).

Cette première tentative de lutte contre la douleur ne fournit pas les résultats escomptés (56). Cependant, ce programme a permis d'améliorer certains points sur la prise en charge de la douleur. Ainsi, le nombre de formations a pu être multiplié par trois sur quatre ans. Il est vrai qu'il y apparaît une disparité des résultats entre les différentes régions. Il apparaît que 69% des médecins auraient connaissance de l'échelle EVA et que parmi eux 84% disent l'utiliser (137). Il reste encore beaucoup de travail à ce sujet. Ce plan permet de se rendre compte de l'importance de la présence de la douleur et de débiter une lutte constante contre ce fléau.

Le deuxième programme de Lutte contre la Douleur fut établi entre 2002 et 2005. Ce dernier définit trois priorités, l'amélioration de la prise en charge de la douleur au cours des soins et des chirurgies, la prise en charge des migraines et enfin une orientation plus spécifique pour les enfants.

Pour exécuter ce plan cinq objectifs sont établis (59) :

- **Instauration du « contrat d'engagement douleur »** dans les établissements de santé pour accentuer l'information auprès des patients.
- **Développement d'une campagne d'information sur les migraines.**
- **Aides les personnes atteintes de douleurs chroniques** à accéder aux structures spécialisées, en développant ces structures et en créant de nouveaux postes hospitaliers.
- **Rendre prioritaire la mise en place de la prise en charge de la douleur** dans les établissements de santé. Ces derniers seront aidés dans leurs démarches par un guide d'accompagnement ainsi que par le développement des Comités de Lutte Contre la Douleur (CLUD).

- **Accentuation de la formation des professionnels de santé** avec le développement d'un centre national des ressources de la douleur. Il permet l'accès à des informations concernant la douleur. Son but est aussi de collecter les informations concernant la douleur.
- **Création de postes d'infirmiers référents de la douleur.** Le champ d'action des infirmiers se modifie puisqu'ils auront dorénavant la possibilité d'évaluer eux-mêmes la douleur mais surtout d'ajuster les traitements adéquats en se référant aux protocoles douleur établis.

Le troisième Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur fut mis en place entre 2006 et 2010. Il est établi par le ministère de la santé. Ce plan contient quatre principaux axes de travail dont 25 mesures et 10 objectifs afin de prendre en charge la douleur au mieux en France (57) (138) :

- **Orientation du plan vers les personnes vulnérables** comme les enfants, les adolescents, les personnes âgées et handicapées. Les points abordés sont les douleurs suite aux soins, le développement des médicaments à visée antalgique pour les enfants et les adolescents, la prise en charge des douleurs psychologiques, les techniques d'évaluation de la douleur plus appropriées pour ce public.
- **Amélioration de la formation des professionnels de santé** tant au niveau des études que lors de la vie professionnelle.
- **Élargir la prise en charge médicamenteuse mais également non médicamenteuse.** Il insiste sur la nécessité de s'occuper du développement des formes pédiatriques des médicaments, de la mise au point de traitements adaptés aux enfants (54).
- **Favoriser le travail inter-hospitalier et entre les établissements sociaux et médico-sociaux.** De nombreux acteurs de la santé, comme les médecins et les infirmiers sont mis à contribution pour la mise en place de ce plan.

Ce dernier est destiné avant tout aux enfants, aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Sa mise en œuvre était estimée à 26,74 millions d'euros (54; 57). La Sécurité Sociale finance une partie importante de ces frais. Au final 21,4 millions d'euros ont été dépensés pour la mise en place de ce plan de lutte contre la douleur (139).

En 2013 un nouveau plan de lutte contre la douleur a été envisagé. Il s'agit du 4^{ème} Programme National Douleur 2013-2017. Ce dernier veut poursuivre les efforts déjà effectués grâce aux trois plans précédents. Il divise les douleurs en trois classes, les douleurs aiguës, chroniques et celles provoquées par les soins. Chaque type de douleur doit être prise en charge de manière différente, ce que le projet va essayer de mettre en place (140). Dans ce programme, trois axes sont abordés (140; 141) :

- **Sensibilisation des acteurs de premier recours** concernant la douleur que ce soit au niveau de son évaluation ou de sa prise en charge et les pharmaciens d'officine y sont cités, ce qui n'était pas forcément le cas dans les anciens plans contre la douleur (140; 142; 141).
- **Insister sur la lutte contre la douleur chez les patients hospitalisés à domicile.**
- **Insister sur la lutte contre la douleur chez les patients ayant des problèmes de communication** comme les nourrissons, les personnes atteintes de certaines maladies telles que l'Alzheimer ou certains troubles psychiatrique.

La mise en place de ce dernier projet reste compliquée. Premièrement, les différentes douleurs ne se traitent pas de la même façon. De plus, les douleurs chroniques sont souvent associées à la présence d'une dépression, ce qui complique la prise en charge de ces dernières. Enfin, le problème majeur reste que la lutte contre la douleur nécessite énormément de temps et de moyens (140). Malgré les implications pour ce projet, celui-ci n'est toujours pas mis en route (141). Une question demeure alors, s'agit-il d'un essoufflement de la lutte contre la douleur ?

L'échec de la mise en place du dernier programme national de lutte contre la douleur, n'exclut pas une inquiétude sur la prise en charge de la douleur. Malgré le fait que plusieurs programmes expriment l'importance de lutter contre la douleur, celle-ci demeure encore un fléau difficile à contrôler. Aujourd'hui, les programmes de développement des soins palliatifs sont les projets qui prennent le plus en compte la douleur (143).

2.1.2. La mise en accès des informations au grand public

Différentes informations sont mises à la disposition des patients. Elles sont délivrées par le ministère des affaires sociales et de la santé via son site internet. Sur ce dernier sont renseignés les professionnels de santé les plus aptes à prendre en charge les douleurs. Parmi eux, on retrouve le pharmacien, le médecin traitant, les urgences, les médecins spécialistes et les infirmiers. On y trouve également des documents et des conseils pour la meilleure prise en charge de la douleur. Le ministère de la santé incite les patients à consulter un médecin afin de prendre en charge leur douleur (144).

Un document officiel : « *Usagers de la santé : votre santé, vos droits* », a été rédigé entre autres par le ministère des affaires sociales et de la santé. Il est mis à disposition des patients. Ce livret comporte vingt-six fiches permettant d'informer les patients sur leurs droits. L'une d'elle explique les droits en lien avec la prise en charge de la douleur (145).

Le gouvernement, informe sur l'existence du contrat d'engagement mis en place lors du plan national de la prise en charge de la douleur 2002-2005. Ce dernier a été actualisé en 2011 (145; 146).

La Haute Autorité de la Santé met également en libre accès sur son site internet différentes recommandations sur la douleur, comme « Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire » en 2011 ou encore « Organiser le parcours du patient douloureux chroniques » en 2009 (78).

2.1.3. La mise en place d'une certification des établissements de santé

La certification des établissements de santé a été mise en place par la Haute Autorité de la Santé (HAS). Cette certification a pour but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et permet aux différents établissements de se préoccuper davantage de la douleur (147).

La toute première procédure fut lancée en 1999 pour ensuite se renouveler avec la deuxième procédure V2007 suivie de la V2010. Cette dernière est la troisième étape du développement de l'accréditation des établissements (147). Elle a été instaurée en janvier 2010 et marque une grande avancée dans la prise en charge du patient, ses objectifs étant orientés vers la mise à disposition d'informations claires et simples au public concerné. De plus, dans cette dernière procédure de certification l'amélioration de la prise en charge de la douleur apparaît comme un objectif important puisqu'elle fait partie des critères évalués lors du bilan de la procédure V2010 (147; 148). Afin de réaliser au mieux cette démarche, la HAS a mis à disposition des établissements de santé un manuel de certification permettant de les accompagner dans la mise en place de cette procédure (147).

En 2014 est sortie la quatrième version de la procédure d'accréditation, V2014. Celle-ci continue à mettre en avant plusieurs objectifs concernant la prise en charge de la douleur. À ce thème peuvent s'en ajouter d'autres évoquant également la douleur dont les droits des patients et la prise en charge des patients en soins palliatifs. La HAS souhaite avec cette nouvelle démarche devenir plus stricte dans la mise en place de l'accréditation. Pour cela, un suivi plus étroit est réalisé auprès des différents établissements. Certains objectifs à atteindre sont obligatoires. Ceux-ci sont évalués lors des visites réalisées par la HAS. Suite à ces contrôles un rapport est rédigé en mentionnant les améliorations à réaliser. Afin d'aider les professionnels de santé à atteindre les différents objectifs un logiciel de qualité, SARA®, est mis à disposition (149).

2.1.4. Les structures spécialisées de la prise en charge de la douleur

Les structures spécialisées sont destinées à la prise en charge des douleurs chroniques. Ces douleurs sont en général difficiles à soigner et deviennent résistantes aux différents traitements mis en place. Cette difficulté amène souvent des complications comme le repli sur soi même (55; 150).

Les structures spécialisées regroupent deux niveaux différents. Tout d'abord, les consultations pluriprofessionnelles, elles sont dédiées aux patients nécessitant une prise en charge par plusieurs classes de professionnels de santé tels que les médecins, les psychologues, les infirmiers. Le deuxième niveau concerne les centres qui proposent une prise

en charge par différents médecins spécialisés comme les psychiatres et les neurologues. Lorsqu'un patient est pris en charge dans un centre il peut être amené à être hospitalisé afin de mieux traiter la douleur. Toutes ces structures se regroupent dans des établissements de santé reconnus par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les professionnels de santé et les patients peuvent retrouver la liste par région sur le site du ministère des affaires sociales et de la santé (Annexe V) (150).

En général, les patients qui sont pris en charge par les structures spécialisées, sont envoyés suite aux recommandations de leur médecin traitant qui doit préciser le motif de l'orientation. Tous les renseignements fournis sont les données personnelles du patient, qui précisent entre autres les informations connues sur la douleur telles que ses antécédents, son intensité ou encore son retentissement sur la vie quotidienne. Pour éviter une discontinuité dans la prise en charge de la douleur il est important que le médecin fournisse également les examens déjà réalisés et le traitement en cours (55).

Dans ces structures spécifiques les médecins réévaluent la douleur ou l'impact de celle-ci sur la vie du patient et réalisent des examens complémentaires si nécessaire. Suite à un bilan complet, le traitement médicamenteux pourra être ajusté ou modifié selon les besoins. Parallèlement il peut être envisagé un traitement non-médicamenteux pour prendre en charge la douleur dans sa globalité y compris les inconvénients qu'elle a pu provoquer, comme les troubles psychologiques. Les structures spécialisées contribuent à rendre le patient plus actif dans la prise en charge de sa douleur en l'informant des soins qui lui sont prodigués. De plus, elles permettent la mise en lien de plusieurs spécialistes et peuvent également faire intervenir des aides sociales, pour prendre en compte les difficultés que provoque la douleur sur la vie du patient (55).

Une fois le bilan complet fini, les informations recueillies sont transmises au médecin traitant et à l'ensemble de l'équipe qui a travaillé auprès du patient. Celui-ci sera ensuite de nouveau suivi par son médecin généraliste. Par contre si sa situation clinique l'exige ou que les soins en ambulatoire sont impossibles, par exemple lorsque les thérapeutiques non prises en charge par la sécurité sociale et que le patient ne peut les supporter financièrement sont indispensables, alors les soins continueront dans la structure spécialisée. Il est possible malgré tout que le patient soit par la suite pris en charge par une structure spéciale autre que celle qui lui a fait son bilan. Cette réorientation doit être faite avec l'accord commun du médecin traitant, du patient et de la structure qui va le prendre en charge (55).

La plupart des patients qui consultent une structure spécialisée sont atteints d'une lombalgie dans 20% des cas, suivi de près par les douleurs neuropathiques avec 17% des patients (55).

Dans 56% des cas les patients obtiennent un rendez-vous au bout d'un mois, pour les autres il leur faudra le plus souvent attendre jusqu'à trois mois. Ce délai varie avec le type de douleur et le temps d'évolution de la douleur. En effet, un patient ayant une douleur liée à un cancer peut avoir un rendez-vous au bout d'une petite semaine, alors que pour une lombalgie qui dure depuis plus de trois ans, le délai peut atteindre environ un mois (55).

2.2. Les différents organismes de lutte contre la douleur

En France plusieurs organismes existent en ce qui concerne la lutte contre la douleur. Tout d'abord, il y a les Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) qui eux sont obligatoires dans les centres hospitaliers, le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD), la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Ces sociétés savantes ont un impact primordial dans le développement de la prise en charge de la douleur.

D'autres organismes qui luttent contre la douleur se sont créés mais ne seront pas développés ici. Parmi eux il y a la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) créée en 1990, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et la Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisation (SFFPC) (78).

2.2.1. Les Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD)

L'obligation faite de la prise en charge de la douleur établie par les différentes lois, les centres hospitaliers se sont dotés de Comités de Lutte contre la Douleur depuis 2005 (151).

Parmi les différents professionnels de santé qui composent ces comités, les pharmaciens auront la mission d'informer les soignants sur les techniques médicamenteuses ou non existantes pour combattre la douleur (115).

D'autre part, les CLUD vont mettre à disposition des protocoles de prise en charge de la douleur, ainsi que rédiger des fiches concernant les médicaments utilisés contre la douleur (115).

Les CLUD sont essentiels dans la mise en pratique de la formation continue sur la douleur, de l'ensemble du personnel soignant (151).

L'ensemble des fonctions du CLUD a pour but d'améliorer la prise en charge de la douleur dans les Centres Hospitaliers (CH) et d'aider les professionnels de santé à s'investir dans cette dernière. Afin d'obtenir ce résultat les CLUD vont mettre en place des évaluations concernant les différentes pratiques du personnel soignant dans leur établissement. Cette démarche n'est pas là pour juger les pratiques mais plutôt pour les améliorer et développer la prise en charge de la douleur (151).

Les CLUD peuvent être amenés à organiser des journées sur le thème de la douleur au sein des hôpitaux. Ce projet a pour but d'apporter toutes les informations nécessaires concernant la douleur mais également de sensibiliser l'ensemble du personnel sur ce sujet. Dans un deuxième temps, ces journées permettent aux soignants, qui appartiennent à différents services, de communiquer à propos de la douleur et échanger sur certains cas qui ont pu leur poser problème lors de la prise en charge de la douleur. À ces manifestations peuvent être conviés des soignants libéraux. Cette invitation d'échanger entre différentes structures ou avec des professionnels de santé libéraux est fortement encouragée dans les bonnes pratiques. En effet, elle permet d'envisager une entre-aide entre les différents corps de métiers ainsi que de les solidariser entre eux dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Plusieurs contraintes peuvent empêcher l'organisation de journées contre la douleur. Dans son article de 2015 Boisseau proposa un protocole afin d'y arriver de manière logique et rigoureuse (151).

2.2.2. Le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD)

Le Centre National de Ressources de Lutte contre la Douleur (CNRD) a été mis en place lors du 2^{ème} Programme de Lutte contre la douleur de 2002-2005. Il s'adresse aux différents professionnels de santé mais également aux patients.

Cet organisme a pour but d'améliorer la prise en charge de la douleur suite aux soins. Afin d'y arriver plusieurs missions vont lui être confiées.

La première est de rassembler les informations sur la douleur pour ensuite les diffuser via le centre de documentation, le site internet et la création de DVDs. Dans le centre de documentation, différents ouvrages, documents et revues sont regroupés et une base de données répertoriée. En ce qui concerne le site internet, les professionnels de santé comme les patients peuvent y retrouver des textes réglementaires, les dates de formations ou de congrès sur le thème de la douleur (152).

La deuxième mission consiste à aider les professionnels de santé à améliorer leurs pratiques (152). Le CNRD a émis plusieurs recommandations comme la prévention de la douleur lors des soins mais aussi sa prise en charge. (78). Il va aussi réaliser des Audits et créer des supports informatiques pour les accompagner dans leur démarche (152).

La troisième mission a pour but de favoriser la recherche en ce qui concerne la prise en charge paramédicale de la douleur. Différents exemples peuvent être évoqués dans cette démarche, comme la recherche sur la « sophrologie dans la douleur aiguë postopératoire de l'enfant » réalisée en 2009 à Nantes. Il en est de même sur la recherche faite en 2011 vis à vis du MEOPA en Hospitalisation À Domicile (HAD) (152).

La dernière mission est la diffusion et la valorisation de l'ensemble des actions en ce qui concerne la douleur. Afin de communiquer sur les différentes initiatives entreprises sur la prise en charge de la douleur, une journée est mise en place tous les ans par le CNRD. Chaque année un thème différent y est abordé, le thème en 2011 était « Quelle prise en charge de la douleur dans le secteur libéral ? » (152).

2.2.3. La Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD)

La Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) fut créée en 2000 (78). Elle se compose de différents types de professionnels de santé, ce qui permet d'élaborer une cohésion entre eux et une collaboration pluri-professionnelle. La SFETD peut être vue comme l'équivalent de l'IASP mais en France (153).

La SFETD a plusieurs buts tous en lien avec la douleur. Le premier concerne les recherches sur les différents mécanismes complexes de la douleur. Le deuxième objectif est d'informer sur l'ensemble des travaux menés sur la douleur en général, que ce soit au niveau de la recherche, des traitements mais aussi de la clinique. La SFETD va également avoir pour but d'aider la prise en charge de la douleur en favorisant la diffusion d'information par le biais de supports comme celui pour l'évaluation de la douleur ou encore pour aider les soignants à respecter les différentes recommandations. Le quatrième objectif consiste à favoriser la formation des professionnels de santé (154).

2.2.4. La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) est issue de la fusion en 1982 de deux associations (78) (155). La première est la Société Française d'étude de l'Anesthésie et de l'Analgésie créée en 1934. Cet organisme se transforma en Société Française d'Anesthésie, d'Analgésie et de Réanimation (SFAAR) en 1957. La deuxième association qui est à l'origine de la SFAR est l'Association des Anesthésiologistes Français (AAF) qui fut mise en place en 1960 (155).

Le but principal de la SFAR est le développement au niveau des pratiques de l'anesthésie et de la réanimation, mais aussi au niveau de l'enseignement. La SFAR est l'un des organismes qui diffuse de nombreuses informations au sujet de la douleur mais essentiellement au niveau des services de réanimation. Pour mener à bien ses objectifs la SFAR met à disposition des professionnels de santé des revues scientifiques, des recommandations. La SFAR va également réaliser des enquêtes entre autres sur la douleur. Elle met en place des journées et des congrès annuels où de nombreux thèmes sont abordés dont la douleur en réanimation (156).

3. Comment l'ensemble des professionnels de la santé peuvent-ils améliorer la prise en charge de la douleur ?

Dans cette partie parmi les professionnels de santé qui vont être évoqués, on trouve les soignants et les pharmaciens. Ils vont être les premiers à être soumis à la plainte du patient vis-à-vis de la douleur. En effet, la douleur pourra être soignée par les professionnels de santé de premier recours. Cependant, face à une douleur complexe et chronique, les structures spécialisées seront plus adaptées.

Dans une étude établie par le Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur (COEGD), 96% des personnes interrogées ont estimé qu'il était nécessaire de réaliser des efforts concernant la prise en charge de la douleur.

Parmi les progrès à mentionner, on peut énumérer (65):

- Une implication des médecins 73%,
- Une instauration de traitement antalgique en prévention de la douleur 68%,
- Une recherche orientée vers de nouveaux antalgiques 63%.

Plusieurs propositions concernant l'amélioration de la prise en charge de la douleur ont été faites par les soignants comme les médecins, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes et les kinésithérapeutes. Parmi celles-ci on trouve (65):

- Les formations complémentaires,
- Le développement des réseaux,
- Le développement des structures spécialisées dans la douleur.

3.1. Le rôle des soignants

Les soignants sont primordiaux dans la prise en charge de la douleur. Les médecins et les infirmiers sont les professionnels de santé le plus souvent confrontés à la douleur.

3.1.1. Les soignants

a) Les médecins

Le médecin traitant intervient très régulièrement dans la lutte contre la douleur puisqu'il est l'un des soignants les plus consultés lors de cette pathologie. Il a l'avantage de bien connaître le dossier de ses patients et donc ses antécédents. Celui-ci pourra examiner le patient, évaluer sa douleur et trouver une solution à sa prise en charge et pourra éventuellement améliorer son auscultation par des examens complémentaires. Si besoin il peut aussi l'orienter vers le service des urgences (157).

b) Les infirmiers

Les infirmiers libéraux ne sont pas forcément les soignants de premier recours. Néanmoins, ils sont sans cesse en contact avec des patients et de ce fait ils peuvent contribuer à la prise en charge de ces derniers (157).

3.1.2. La formation universitaire et continue

Une enquête réalisée en 2004 dans un Centre Hospitalier souligne que parmi ses médecins 60% possèdent une formation sur la douleur acquise lors de leur cursus classique ou lors de formations particulières, alors que seuls 33% des autres soignants sont formés sur ce sujet (158). Cette enquête montre une insuffisance de formation sur la douleur chez les médecins mais surtout chez les autres soignants.

Une de ces enquêtes dédie une partie à l'évaluation de la formation des soignants en France. En ce qui concerne les formations initiales au moment de l'étude seulement 18% des médecins disent en avoir reçu une spécifique à la douleur. Le pourcentage augmente dans les autres catégories de soignants avec les chirurgiens-dentistes 48%, les infirmiers 30% et les kinésithérapeutes 39% (67). Ces résultats sont antérieurs à 2006 avant le 3ème plan de prise en charge de la douleur. Néanmoins, ils permettent de voir l'importance de prendre le problème du soulagement de la douleur à la racine.

Cette étude inclut également la formation continue. Parmi les médecins qui ont répondu à l'enquête 60% d'entre eux suivent des formations continues. Les autres professionnels de santé sont moins nombreux, 50% pour les infirmiers, 27% pour les chirurgiens-dentistes et 22% chez les kinésithérapeutes (67).

À Angers en 2016, le programme d'enseignement des étudiants en médecine consacre six heures de cours à la douleur et ses traitements et quatre heures de cours sur les soins palliatifs lors de la quatrième année. Au total seulement dix heures d'enseignement sont réservées à la douleur, sachant que ces futurs médecins seront amenés quotidiennement à prendre en charge ce symptôme. Bien que le volume horaire de cette formation ait été augmenté au fil des différents plans de lutte contre la douleur, on peut s'interroger sur la nécessité d'y accorder encore plus d'importance.

Il est important de continuer d'insister sur la formation des professionnels de santé afin d'éviter l'essoufflement (63) que ce soit au niveau des études supérieures mais également tout au long de leur vie professionnelle (75).

3.1.3. Emplois des différents moyens mis à disposition

a) Les informations sur la douleur et les échelles d'évaluation de la douleur

Les soignants dans la majorité des cas trouvent leurs informations concernant la douleur dans « la presse médicale » ou via « l'industrie médicale ». Même si « les universités », « les Agences Nationales et le Ministère de la Santé » sont également cités par les professionnels de santé, ils déplorent de ne pas suffisamment avoir de réponses à leurs questions concernant par exemple la connaissance de l'existence de structures spécialisées dans la douleur ou encore les recommandations de prescription et préconisations d'utilisation des traitements (67). Des efforts restent sans doute à faire sur ce plan mais depuis cette enquête de nombreuses améliorations ont déjà été faites puisqu'il est possible de retrouver des recommandations très facilement avec le site internet de l'ANSM. Cependant, il faudrait envisager que ce service soit étendu et rappeler à l'ensemble des prescripteurs comme aux autres professionnels de santé l'existence de ces sources d'informations.

L'emploi des échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur reste encore insuffisant. L'application de ces échelles de manière plus courante permettrait une amélioration de la prise en charge de la douleur, et favoriserait l'ajustement des prescriptions d'antalgiques (63; 126; 159). Mais pour cela il est essentiel de former ces professionnels de santé à leur utilisation (126; 159).

b) Les recommandations

Une bonne prise en charge de la douleur est synonyme du respect des différentes recommandations établies par les sociétés savantes mais également par l'ANSM.

L'ANSM comme la HAS mettent en ligne sur leur site internet, différents documents regroupant l'ensemble des recommandations sur la prise en charge de la douleur. Parmi ces recommandations on trouve les préconisations sur certains traitements mais aussi sur la démarche de la prise en charge en ce qui concerne la douleur.

D'autre part, l'ANSM préconise aux médecins généralistes de réorienter leur patient, lorsque la prise en charge de la douleur chronique devient complexe et/ou que les soins en ambulatoire deviennent impossibles vers des structures spécialisées (157; 160). En effet, les Centres d'Évaluation et de Traitement de la douleur (CEDT) permettent au patient une prise en charge pluridisciplinaire grâce à la présence de plusieurs médecins spécialistes sur place (117).

3.1.4. Respect des différentes pratiques et des prescriptions

a) Les constats sur les pratiques

L'hôpital est régulièrement évoqué comme lieu de la douleur. Les soignants sont souvent mis en cause dans la douleur ressentie par les patients. Il est vrai que de nombreux soins et gestes peuvent être invasifs et douloureux. Mais la douleur proviendrait aussi du manque d'attention et d'intérêt de la part des soignants concernant l'ensemble des douleurs physiques et morales éprouvées par les patients (161). À partir de cette information, peuvent être mises en œuvre des procédures parfois simples afin d'améliorer la prise en charge de la douleur. En ce qui concerne le manque d'attention portée aux patients, les soignants doivent en être informés et en faire une de leurs priorités afin de limiter la souffrance morale subie. À propos des soins douloureux, il est nécessaire de mettre en place des protocoles adaptés permettant de limiter la survenue de douleur lors de ceux-ci. Afin de s'assurer que les soignants respectent les protocoles en vigueur on peut proposer régulièrement des évaluations des pratiques des soins.

En 2013, une étude sur le fentanyl transmuqueux a été réalisée au Centre Hospitalier de Valence sur une période de six mois, elle a mis en exergue le manque de respect des recommandations en ce qui concerne l'utilisation des traitements. Il en est ressorti que sur 20 prescriptions seulement trois suivent les différentes recommandations évoquées par le RCP de chaque dispositif médical de fentanyl. Parmi celles qui ne respectent pas les préconisations, on peut trouver l'absence de titration progressive en début de traitement, et un nombre d'utilisations de formes à libération immédiate supérieur à quatre ce qui sort de l'AMM (162).

Dans la même étude il a été démontré le manque de formation des soignants. Parmi quinze infirmiers seulement la moitié avait connaissance de la possibilité de réadministrer le fentanyl transmuqueux en cas d'accès douloureux persistants. De plus, quatre d'entre eux attendaient plus de trente minutes avant de redonner du fentanyl, alors qu'il est possible de le faire selon les présentations au bout de 10 ou 15 minutes (162).

Ici l'absence de connaissance des recommandations montre l'importance de s'informer de manière régulière au sujet des bonnes pratiques.

Une enquête fut réalisée dans le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers le 20 mai 2008 au sujet des actes pouvant être douloureux (Figure 16). Sur 1375 patients, 907 ont été interrogés, 64,5% était des adultes. En une journée 3624 actes ont été évalués. Les soins estimés les plus douloureux par les patients sont reportés sur le diagramme suivant. Ceux qui sont évoqués ont provoqué une douleur dont l'intensité est comprise entre 7 et 10 sur l'échelle EN.

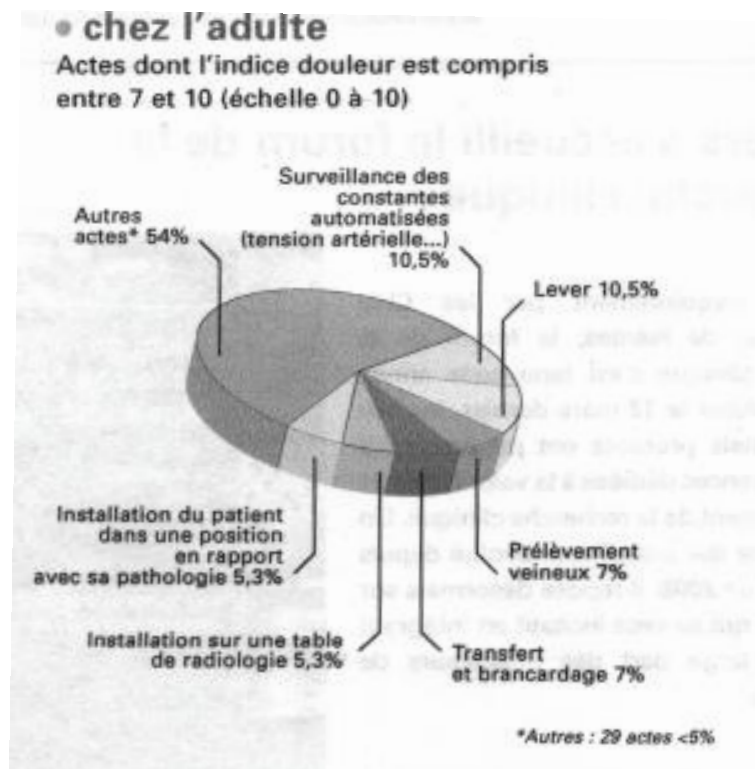


Figure 16 : Répartition des actes douloureux d'après l'enquête menée au CHU d'Angers en 2008 (163)

b) Les constats sur les prescriptions

D'après une enquête, dans 80% des cas les prescripteurs demandent la réalisation d'évaluation de la douleur mais seulement 20% des infirmiers exécutent cette prescription (158). Ce constat permet d'observer deux points. Le premier fait apparaître que dans les Centres Hospitaliers, le nombre de demandes médicales pour l'évaluation de la douleur est important. Cependant, le deuxième point est surprenant par le faible respect de ces demandes par le personnel infirmier. Cette information soulève une question sur le respect de l'ensemble des prescriptions mais également au niveau de l'emploi des traitements. De là ressort une nouvelle source de recherche en ce qui concerne l'explication du manque de prise en charge de la douleur en France.

3.2. Le rôle du pharmacien

En ce qui concerne le pharmacien, il possède une place primordiale dans la prise en charge du patient puisqu'il est mis en première ligne. En effet, du fait de sa disponibilité, il peut être sollicité pour soigner une douleur en automédication mais il peut aussi réorienter, si nécessaire, le patient vers un autre professionnel de santé, si cela semble nécessaire. Le pharmacien a une autre mission dans la prise en charge de la douleur, il doit apporter toutes les informations concernant la bonne utilisation du traitement. (157).

3.2.1. La formation universitaire et continue

Tout comme les autres professionnels de santé les pharmaciens doivent être formés à propos de la douleur. Ils font partie de ceux qui reçoivent le plus d'heures de formation à ce sujet. En effet, en 2016 à Angers à la Faculté de Pharmacie un étudiant, au cours de ses six années d'études, reçoit en troisième année 27,5 heures de cours sur la douleur, complétées par 20 heures de cours et de travaux dirigés sur les soins palliatifs en cinquième année.

3.2.2. Restitutions des différentes informations aux patients pour une bonne prise en charge de la douleur

a) Le bon usage des médicaments

Dans la même étude qui est évoquée en amont dans le paragraphe sur les soignants, sur vingt prescriptions de Fentanyl étudiées, il faut noter qu'un seul patient a obtenu des informations sur l'utilisation de son traitement morphinique. Ce manque de recommandations peut entraîner des mauvais usages, par exemple, un patient a fait dissoudre son comprimé dans de l'eau au lieu de l'appliquer sur sa muqueuse buccale (162). Cette enquête montre le manque d'information du patient sur les différents dispositifs et sur le traitement qu'il suit. Dans ce contexte le pharmacien possède un rôle extrêmement crucial dans le bon déroulement de la prise en charge du patient.

Le pharmacien peut être sollicité lors des visites au sein des hôpitaux mais également lors des suivis ambulatoires. Certaines études ont démontré l'aspect positif d'une telle démarche puisqu'il a été constaté une diminution des douleurs chroniques chez les patients ayant profités de cette expérience. De plus, la durée d'hospitalisation, les effets indésirables et les erreurs thérapeutiques seraient également diminués avec cette technique (162). Cette perspective peut être envisagée par la suite dans le développement de ce métier.

b) Les posologies

Comme nous l'avons constaté précédemment il est important d'informer le patient sur l'utilisation de son traitement. Cette notion peut être également incluse dans l'un des rôles du médecin. Néanmoins le pharmacien est le dernier rempart avant la prise du médicament et est légalement co-responsable à 50% de la prescription et de l'utilisation du médicament (63).

Les informations à fournir lors de la délivrance des médicaments sont les posologies avec les moments de prise, que ce soit pour les traitements de fond, à heure fixe, ou pour les traitements de crise, les interdoses pour les morphiniques. D'autre part, le pharmacien a le rôle de bien expliquer au patient la différence entre les formes à libération immédiate et les formes à libération prolongée (117). Cette démarche permet une meilleure utilisation des antalgiques et une limitation de survenue de pics douloureux.

En plus de ces informations, le pharmacien a le devoir d'évaluer l'efficacité du traitement, pour cela il doit connaître les différentes échelles et savoir les employer. De ce fait, le pharmacien doit être formé à utilisation des échelles d'évaluation de la douleur comme EVA. Le pharmacien a aussi le rôle d'évaluer les effets secondaires afin de les prévenir ou de les traiter (63) À partir de ce moment, des conseils d'utilisation sont à préconiser afin que le patient puisse prendre au mieux en charge sa douleur et surtout que celui-ci soit observant à son traitement, ce qui peut limiter la survenue de douleurs chroniques.

c) La chronopharmacologie

Le pharmacien au cours de sa formation reçoit une formation sur la chronopharmacologie. Cette science consiste à administrer le médicament au meilleur moment de la journée afin d'obtenir la meilleure efficacité de celui-ci mais également le moins d'effets secondaires.

Dans un premier temps, il peut être intéressant d'identifier en fonction du type de douleurs les moments de pics douloureux. Plusieurs de ces douleurs sont répertoriées dans le Tableau 20.

Moment de la journée où la douleur est la plus intense	Types de douleur
<p style="text-align: center;">Matin</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Douleurs dentaires . Migraines . Angor . Infarctus du myocarde . Polyarthrite Rhumatoïde . Arthrite selon les études . Coliques néphrétiques
<p style="text-align: center;">Soir</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Douleurs cancéreuses . Coliques hépatiques . Arthrites selon les études . Douleurs du travail chez une femme en enceinte

Tableau 20 : Le moment de la journée où la douleur est la plus intense en fonction du type de douleur (164)

Dans un deuxième temps, selon le médicament employé, il n'est pas à administrer à tout moment de la journée. En effet, certains traitements sont plus efficaces le matin comme pour l'indométacine. En plus du moment le plus propice afin d'obtenir la meilleure efficacité, il faut prendre en compte la tolérance, par exemple, les AINS

provoquent moins d'effets indésirables lorsqu'ils sont pris au moment des repas, en voici quelques exemples répertoriés dans le Tableau 21 :

Molécules	Moment propice pour l'administration
Palier I	
Paracétamol	. Le matin (Concentration plasmatique plus importante)
Indométacine	. Le matin (Concentration plasmatique plus importante) . Le soir en ce qui concerne la tolérance
Lidocaïne et Mépivacaïne	. Début d'après-midi
Palier II	
Tramadol	. Le soir
Palier III	
Morphine	. Le matin

Tableau 21 : Exemple de médicaments dont le moment d'administration peut être important pour une meilleure prise en charge de la douleur (164)

d) L'information au grand public sur la douleur

Le pharmacien en plus d'informer les patients sur leur traitement, peut aussi être acteur dans la divulgation d'informations. En effet, à l'heure actuelle le pharmacien joue un rôle dans la transmission d'informations concernant plusieurs maladies comme l'hypertension, le diabète. Nous pourrions donc imaginer élargir son domaine à la douleur. Cette communication peut être réalisée chez les enfants en essayant de vaincre les idées reçues sur la douleur. Il peut également face à un patient douloureux lui donner la démarche à suivre afin qu'il soit pris en charge du mieux que possible.

4. Les perspectives au niveau des molécules

Les traitements peuvent être sources de perspectives dans la prise en charge de la douleur. En effet, il peut être envisagé une nouvelle méthodologie de cette dernière afin de lutter contre ce phénomène. Une uniformisation entre l'ensemble des pays de l'Europe, des protocoles de prise en charge de la douleur, peut également jouer un rôle dans la recherche zéro douleur. Enfin, depuis quelques années des recherches thérapeutiques aboutissent à la mise au point de nouveaux traitements, une partie de ces derniers seront développés.

4.1. Nouvelle méthodologie de prise en charge de la douleur

4.1.1. Une nouvelle classification des antalgiques

La classification de l'OMS ne permet pas de prendre en charge tous les types de douleurs qui existent. De plus, elle ne comporte pas la totalité des molécules permettant le soulagement de la douleur. De ce fait, Beaulieu et Lussier ont proposé en 2010 une nouvelle classification des antalgiques en fonction de leur mécanisme d'action (Tableau 22) (117).

Analgésiques anti-nociceptifs
<ul style="list-style-type: none">- Non opioïdes- Paracétamol- AINS- Opioïdes- Cannabinoïdes
Analgésiques anti-hyperalgésiques
<ul style="list-style-type: none">- Antagonistes NMDA- Anti-épileptiques : Gabapentine, Prégabaline, Lamotrigine, Lévetiracetam- Néfopam- Coxibs
Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs ou excitateurs
<ul style="list-style-type: none">- Antidépresseurs tricycliques- IRSNA- Agoniste $\alpha 2$-adrénergiques
Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique
<ul style="list-style-type: none">- Anesthésiques locaux- Carbamazépine

- Oxcarbazépine
- Topiramate
- Capsaïcine
Mixtes : Analgésiques anti-nociceptifs et modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs ou excitateurs
- Tramadol
- Tapentadol
Autres
- Calcitonine
- Biphosphonates

Tableau 22 : Classification des analgésiques élaborée par Lussier et Beaulieu (117)

Cette classification nécessite de mieux connaître la physiopathologie de la douleur afin d'orienter un traitement adapté au type de douleur (117).

4.1.2. Le processus de prise en charge de la douleur

Aujourd'hui en France, de plus en plus de médecins essaient de suivre le principe de prescriptions des molécules en fonction du mécanisme de la douleur. Cette vision commence à être adoptée par la Haute Autorité de Santé (HAS), comme a pu le montrer « le guide ALD dans le cancer colorectal », rédigé en 2012 par cette autorité (117).

La prise en charge de la douleur doit se faire de manière plus naturelle et doit être davantage personnalisée. Afin de faciliter celle-ci, il est important de prendre en compte plusieurs paramètres qui sont parfois oubliés actuellement lors de la prescription d'un traitement antalgique. Parmi ces paramètres, il y a les données à recueillir, qui ont une composante personnelle, comme l'intensité de la douleur et son impact sur la vie du patient. La deuxième composante va être orientée sur la douleur elle-même en analysant son mécanisme, il faut davantage étudier la douleur afin de mieux la comprendre. À partir de toutes ces notions, le prescripteur peut plus facilement orienter le patient vers le traitement le plus adapté possible en évaluant les bénéfices et les risques. Deleens dans l'un de ces articles décrit le processus de prise en charge de la douleur (Figure 17) (117).

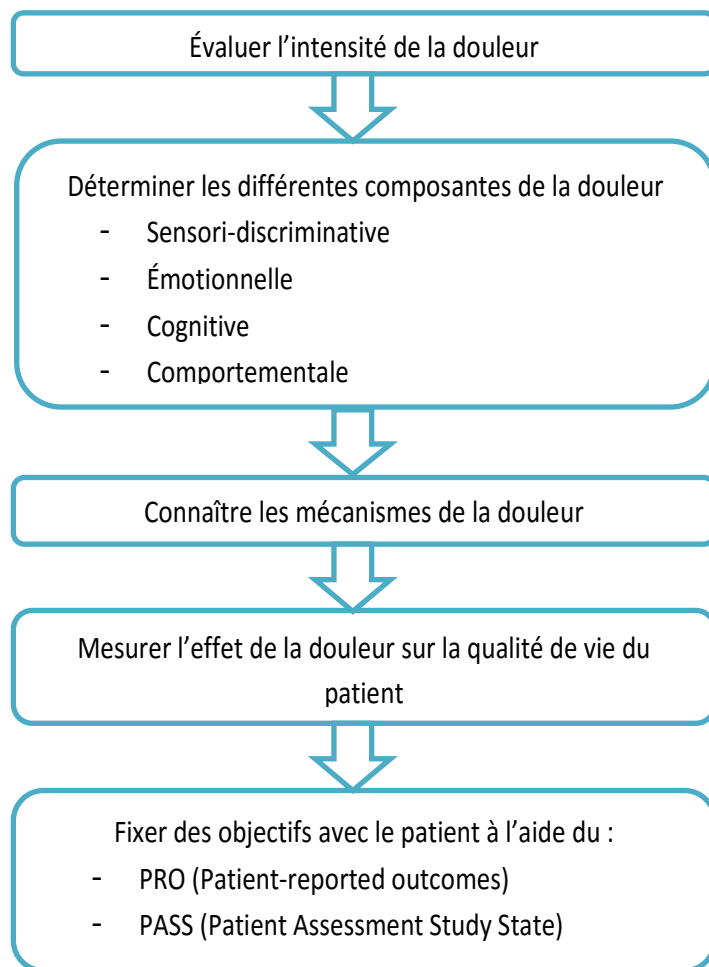


Figure 17 : Prise en charge de la douleur d'après Deleens (117)

4.2. Uniformisation de la prise en charge de la douleur au sein de l'Europe

4.2.1. La législation

La prescription d'opioïdes forts est réalisée sur des ordonnances sécurisées dans tous les pays d'Europe sauf en Belgique, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni qui emploient des ordonnances ordinaires pour la délivrance des stupéfiants. D'autre part, la limitation du temps de prescription varie en fonction des pays. Cette période de prescription se fait de sept à soixante jours dans la plupart des pays. La Suède quant à elle permet une prescription pouvant aller jusqu'à un an. Il existe quatre pays où il n'y a pas de limitation. Il s'agit comme précédemment de la Belgique, des Pays-Bas, du Royaume-Uni auxquels s'ajoute la Finlande (165). En France les durées de prescriptions varient selon les médicaments (Annexe III).

En ce qui concerne la formation, tous les pays en Europe ne voient pas la douleur comme une spécialité. De plus l'enseignement de la douleur n'est pas obligatoire dans tous les pays (165). Cependant, en France la douleur fait maintenant partie intégrante de certains cursus de formation des professionnels de santé, comme en pharmacie ou en médecine.

Dans le même principe, tous les pays ne se préoccupent pas de la douleur. Ce phénomène est démontré par l'absence de plan de la prise en charge de la douleur, comme en Allemagne et aux Pays-Bas (165).

4.2.2. Les recommandations

De grandes différences ont été observées, concernant les Recommandations de Bonne Pratiques (RBP) de la prise en charge de la douleur, entre les pays européens. Parmi ces différences on peut citer le diagnostic, l'évaluation de la douleur (166).

Il pourrait être intéressant de développer des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) des traitements, et donc des protocoles de prise en charge de la douleur, communs à toute l'Europe. Ces recommandations permettraient d'aider les médecins à prescrire les bons médicaments dans les bonnes situations. Elles pourraient être adaptées à chaque pays tout en gardant une base commune. Ces recommandations devraient être élaborées par un « groupe international d'experts » constitué de différents professionnels spécialisés (166).

Le fait de réaliser une rédaction de RBP pour toute l'Europe permettrait de réduire les frais pour chaque pays car il faut savoir que le développement de ce type de documents représente un coût de 200 000 euros (166).

4.3. Les perspectives concernant les molécules

4.3.1. Les opioïdes

La Food and Drug Administration (FDA) en 2015 recommande la mise sur le marché de médicaments dont la formulation ne permet pas le détournement des opioïdes par les personnes addictes (117).

Lors de l'utilisation quotidienne des opioïdes à long terme, le phénomène de tolérance peut survenir mais également celui de l'hyperalgésie. Ces dernières peuvent poser des problèmes à l'emploi des morphiniques. En ce qui concerne l'hyperalgésie, elle est mise en évidence par une augmentation de la consommation d'antidouleur de type opioïde, sans observation de soulagement de la douleur. Ce phénomène apparaît suite à une élévation de la sensibilité de l'individu face à la douleur.

Une nouvelle approche est à l'heure actuelle envisagée en ce qui concerne la lutte contre l'hyperalgie induite par les opioïdes, afin de pouvoir continuer à employer ces molécules dans la prise en charge de la douleur. Plusieurs pistes sont à l'heure actuelle en cours d'exploration pour bloquer ce phénomène :

1. Inhibition des récepteurs Acid N-Methyl-D-Aspartate (NMDA) via les antagonistes de ces derniers, parmi les molécules capables de réaliser cette inhibition, il y a le N₂O et la kétamine. De plus, ces principes actifs ont une action potentialisatrice des opioïdes.
2. Inhibition de l'action de la dynorphine qui est à l'origine de l'hyperalgie induite par la consommation d'opioïdes, via la buprénorphine, par exemple.
3. Inhibition du récepteur à la sérotonine (5-HT₃) qui peut se faire par le granisétron (Kytril®), l'ondansétron (Zophren®) ou encore le tropisétron (Navoben®) et le dolasétron (Anzemet®) (167).
4. Rotation des opioïdes qui elle aussi peut limiter l'hyperalgie (168).

4.3.2. Les molécules d'avenir

a) Les cannabinoïdes

L'histoire des cannabinoïdes a commencé en 1964 avec l'isolement du Tétrahydrocannabinol, plus connu sous le nom de THC à partir du cannabis. Les deux scientifiques, Yechiel Gaoni et Raphaël Mechoulam, qui ont réalisé cette extraction ont utilisé le *Cannabis sativa*. Par la suite environ 60 cannabinoïdes ont été répertoriés dans cette plante. Au cours du temps plusieurs molécules ont été synthétisées tels que le JWH-018, le JWH-073, le HU-210. Elles interagissent avec le système endocannabinoïde et leur confèrent de nombreuses propriétés comme celle d'anti-inflammatoire, d'analgésique, d'antidépresseur, d'orexigène, ou encore d'antiémétique (169). Dans cette partie nous n'allons nous intéresser qu'à son pouvoir de lutter contre la douleur.

Les cannabinoïdes peuvent être source d'une nouvelle méthode de prise en charge de la douleur. Ces molécules sont issues entre autres du cannabis. Ce dernier est utilisé depuis très longtemps. En effet, la première trace de son utilisation remonte à 2800 avant JC (170). Le cannabis est l'une des plantes les plus anciennes dans l'histoire de la médecine. Il était employé par différents peuples en Egypte, en Chine, en Inde, en Afrique, en Amérique du Sud et au Moyen Orient. Les maladies traitées par ce dernier étaient les douleurs, la dysentérie, l'asthme, les nausées, les vomissements, les insomnies. Le cannabis fut disponible en Europe et donc en France au début du XX^{ème} siècle. Cependant, des craintes envers les traitements produits à partir du cannabis ont émergé aux Etats-Unis dans les années 1920 et ont été proscrits en 1937 aux USA (171).

Cette plante peut être importante dans la lutte contre la douleur selon plusieurs arguments en faveur de son utilisation. Les cannabinoïdes présents dans le cannabis sont efficaces sur des douleurs ne réagissant pas aux antalgiques de base (169).

D'autre part, ces molécules utilisent un mécanisme d'action différent, qui n'est pas encore employé pour la prise en charge de la douleur. En effet, elles se fixent sur les récepteurs cannabinoïdes (système cannabinoïde endogène), de là découle une libération de neuromédiateurs jouant un rôle dans le mécanisme de la douleur (Figure 18) (172).

Il peut être intéressant de travailler sur différents mécanismes d'action afin de lutter contre la douleur et en même temps éviter des effets indésirables similaires.

Enfin, ces principes actifs permettraient de réguler la douleur via le système cannabinoïde endogène. Actuellement, deux molécules synthétisées sont à l'essai et possèderaient une activité sur la douleur, le HU-210 et l'acide Δ^8 -THC-11-oïque (171). La première molécule citée est l'un des plus puissants agonistes synthétisés (169).

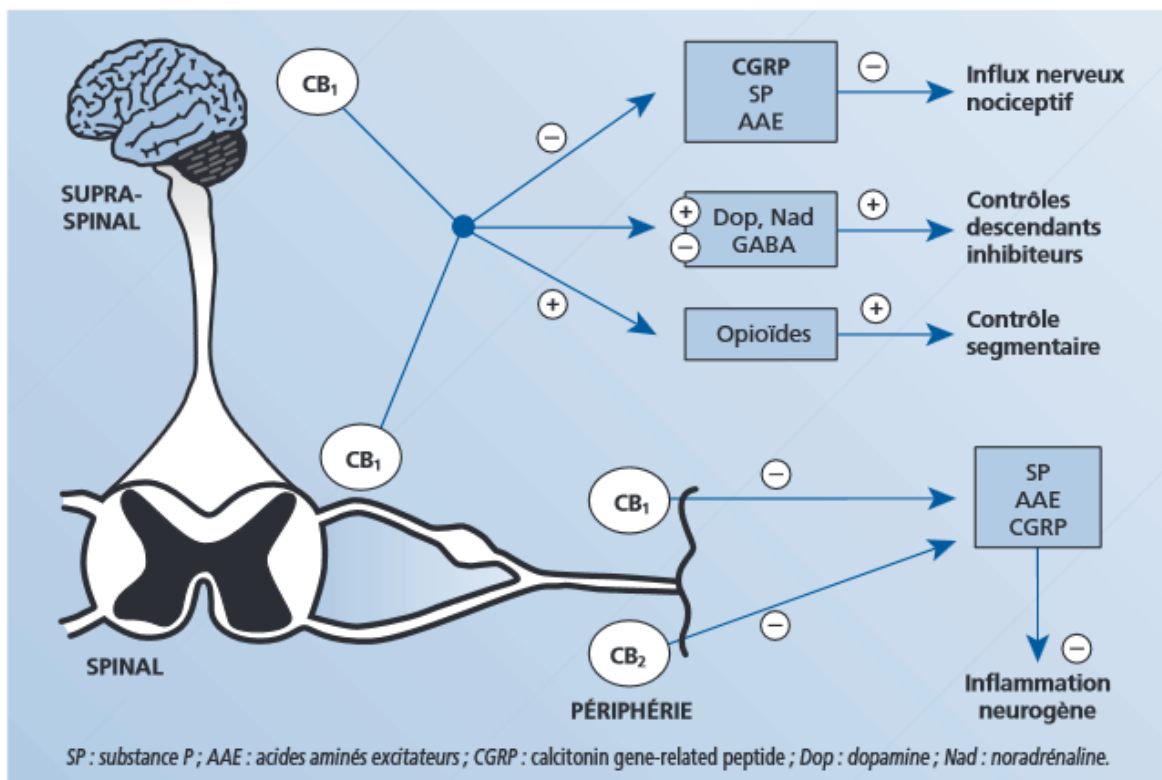


Figure 18 : Mécanisme d'action des cannabinoïdes (172)

Ces molécules ouvrent un champ thérapeutique différent et donc intéressant dans la prise en charge de la douleur. Cependant, de nombreux effets indésirables plus ou moins conséquent comme des amnésies, des dépersonnalisations, des altérations cognitives, des tachycardies ..., obligent les laboratoires à ne pas poursuivre davantage les recherches à l'heure actuelle pour ces traitements (85; 169).

b) Les inhibiteurs des protéines à domaine PDZ

Certaines études sur les protéines intracellulaires à domaine PDZ ont permis de mettre en évidence une relation entre ces fameuses protéines et le mécanisme de la douleur. Ces protéines sont connues depuis plus de quinze ans. Le terme PDZ caractérise les trois protéines qui appartiennent à cet ensemble de protéines intracellulaires, qui sont les protéines « post-synaptic density 95 », « Disc-large » et « Zonula occludens 1 ». Les domaines PDZ possèdent un motif bien particulier, qui confère aux protéines leurs propriétés. Au cours des recherches à propos de ces protéines 300 d'entre-elles ont été découvertes. Parmi ces dernières trois possèdent une activité sur la mise en place des douleurs chroniques inflammatoires et neuropathiques, comme la PSD-93 ou encore la PSD-95 et la « protein interacting with protein kinase 1 » autrement appelée PICK1. En ce qui concerne les protéines à domaine PDZ, PSD-93 et PSD-95, d'après certaines études, elles sont essentiellement retrouvées dans le Système Nerveux Central (SNC) au niveau des zones jouant un rôle dans l'expression de la douleur. Cette action sur la douleur et sa chronicisation s'explique par la liaison qui se crée entre ces protéines et les récepteurs à la NMDA (173).

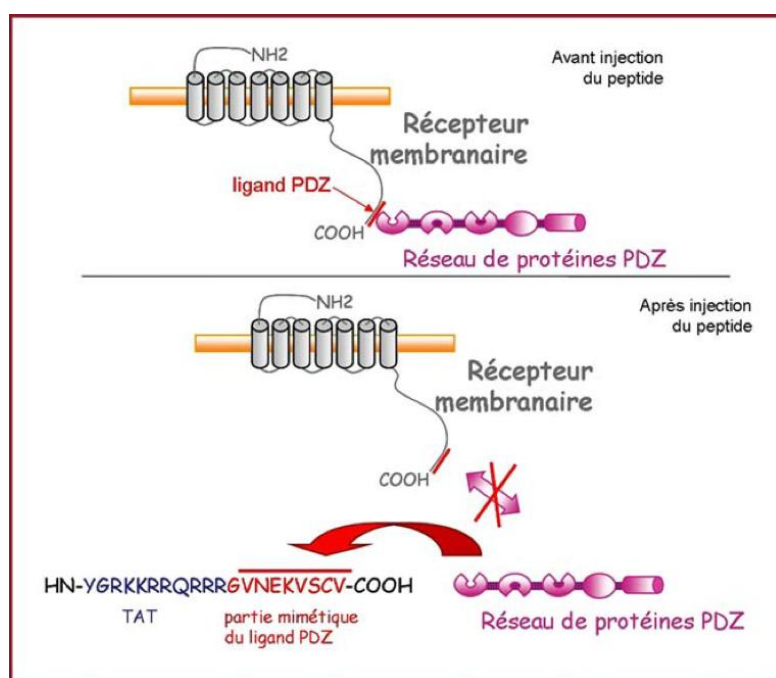


Figure 19 : Représentation d'un peptide mimant l'extrémité C-terminale du récepteur membranaire et se liant au réseau de protéines PDZ (173).

La raison pour laquelle ces molécules pourraient intervenir dans le futur est liée à leurs propriétés à inhiber l'interaction entre les protéines à domaine PDZ et les récepteurs NMDA (173).

D'autre part, le PSD-95 présente une affinité avec les récepteurs à la sérotonine (5-HT_{2A}). Il faut savoir que ce type de récepteurs est impliqué dans le mécanisme de la douleur, mais qu'il nécessite la présence de ces protéines. Il a été démontré que des injections au niveau spinal de peptides, ayant la même configuration que la partie de PSD-95

se fixant aux récepteurs 5-HT_{2A}, réduisent la résistance aux Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS). En outre, ces derniers peuvent jouer un rôle dans la prise en charge de la douleur (173).

Enfin un autre phénomène a été découvert au sujet de la douleur. En effet, la protéine PICK1 interviendrait au niveau des Acid-Sensing Ion Channel (ASIC), canaux qui augmentent la sensation douloureuse. De ce fait en limitant la liaison entre ces protéines et ces canaux, il est possible de limiter la survenue de douleur. Les différentes recherches évoquées sont destinées à soulager la douleur mais également à augmenter l'efficacité des autres antalgiques quand il existe une résistance thérapeutique. À l'heure actuelle, des recherches sont axées sur ces différents principes. Le but étant d'éviter l'utilisation de peptides par manque de stabilité et donc la mise sur le marché de molécules stables (173).

c) Les inhibiteurs des ecto-peptidases humaines

À l'inverse certains chercheurs ne s'orientent pas directement vers des antalgiques purs mais vers le système restreignant la douleur. En effet, l'organisme lorsqu'il subit une douleur, produit des enképhalines (opioïdes endogènes).

Néanmoins ces molécules sont très rapidement catabolisées par deux enzymes la néphrilyline (NEP) et l'aminopeptidase N (APN), autrement appelées ecto-peptidases humaines. Les ecto-peptidases sont des enzymes situées au niveau des membranes de certaines cellules. Elles ont pour but de dégrader différents facteurs peptidiques en milieu extracellulaire, par exemple la NEP qui se trouve au niveau du cerveau détruit les peptides opiacés (174). Cette dégradation limite l'effet antalgique des enképhalines (175).

De là, les chercheurs de PharmaLeads (PL) ont découvert deux molécules pouvant empêcher la dégradation prématurée des enképhalines endogènes et par conséquent augmenter leur pouvoir antalgique. La PL37 et la PL265 vont de ce fait aussi accentuer l'efficacité de certains traitements comme de la morphine. Ce phénomène va permettre de diminuer les doses employées et donc la survenue de certains effets secondaires. Il a été mis en évidence que ces deux nouvelles molécules apportaient une augmentation de l'antalgie lors de l'utilisation de la prégabaline ou de la gabapentine en cas de douleurs. Ces molécules d'avenir sont encore à l'étude actuellement mais pourraient devenir une nouvelle orientation dans la prise en charge de la douleur (175; 176).

Une seconde source de recherche est en cours à l'heure actuelle. Celle-ci se porte sur opiorphine qui est une molécule endogène qui permet de bloquer la dégradation des enképhalines en inhibant les deux peptidases citées précédemment, mais son action reste limitée par le manque de stabilité de cette molécule. Les recherches se sont portées au final sur la création d'un dérivé de l'opiorphine plus stable qui est le STR-324 (Stragen France, Lyon). Cette molécule d'avenir est administrée par voie intrathécale. Les premiers résultats obtenus lors d'essais effectués sur des rats, sont pour l'instant encourageants dans la prise en charge de la douleur post-opératoire (177).

d) Les antagonistes du Facteur de Croissance Neuronale ou *Nerve Growth Factor* (NGF)

Le facteur de croissance neuronal (NGF) a été trouvé au niveau de tissus lésés et inflammatoires, par exemple dans le liquide synovial des articulations lors d'une arthrite ou d'une crise de polyarthrite rhumatoïde. Cette détection a suscité des interrogations sur le rôle du NGF dans le mécanisme de la douleur. Des études ont montré une étroite relation entre la présence de ce facteur et la douleur. Elles consistaient à administrer des faibles concentrations de facteurs par voie systémique ou locale à des rongeurs ce qui leur provoquait une hyperalgésie. Lorsque les facteurs NGF sont sollicités, ils vont sensibiliser les récepteurs TrkA, qui sont spécifiques à la douleur. Cette étape va permettre aux neurotransmetteurs algogènes d'avoir une activité plus importante au niveau de ces récepteurs. Suite à ce phénomène l'intensité de la douleur est amplifiée et persiste plus longtemps (178).

Plusieurs expériences ont montré une diminution de cette dernière lors de l'administration d'inhibiteurs de ces facteurs. De plus, elles ont permis de démontrer que les inhibiteurs du NGF pouvaient avoir un rôle dans la lutte contre la douleur neuropathique, post-opératoire, mais aussi lors de certaines maladies comme l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde (178).

À partir de ces explications, deux approches sont possibles afin de bloquer le processus de la douleur par les facteurs NGF. La première consiste à développer les molécules se fixant aux récepteurs TrkA et de ce fait bloquant l'interaction entre les facteurs NGF et ces récepteurs. La deuxième, quant à elle aura pour but de rechercher des molécules qui vont capter les facteurs NGF, il s'agit des « anticorps monoclonaux humanisés ». Cette dernière proposition est à l'heure actuelle la recherche favorisée par les laboratoires pharmaceutiques (178).

Les inhibiteurs actuellement en essai clinique sont le fulranumab, le fasinumab et le tanézumab. Ces molécules sont en phase 2 ou 3 selon les indications et les dosages (Tableau 23) (178).

DCI	Phases de l'essai selon le dosage et l'indication	Indications
Fulranumab	2	. Gonarthrose . Coxarthrose
Fasinumab	2	. Gonarthrose . Coxarthrose
Tanézumab	2 ou 3	. Gonarthrose . Coxarthrose
	2	. Lombalgie chronique

Tableau 23 : Les différents inhibiteurs des facteurs NGF en étude (178)

Un effet indésirable peut remettre en cause le développement de cette classe thérapeutique pour la prise en charge de la douleur. Il s'agit des arthropathies destructrices suite à l'emploi des antagonistes des facteurs NGF. En 2010, la FDA décida de suspendre les essais cliniques de toutes ces molécules. Cependant, la commission Arthritis Advisory Committee (AAC) réalisa une étude des cas pour lesquels cet effet secondaire a été mis en évidence. La conclusion fut que le risque de survenue d'arthropathies destructrices était plus important avec des fortes doses, sur de longues périodes et lorsqu'un AINS était administré en même temps. Ces données limitent les recherches sur ces molécules. Néanmoins, la FDA a accordé la possibilité de poursuivre les recherches mais en émettant des conditions. Ces dernières sont en relation avec l'absence de prise en charge médicamenteuse dans certaines douleurs. Elle préconise de ne pas inclure dans les essais cliniques les patients ayant des possibilités d'ostéonécroses, ainsi que les diabétiques. D'autre part, elle recommande d'établir un suivi clinique plus étroit et plus rigoureux. Enfin, la AAC prévient des risques des associations entre les inhibiteurs des facteurs NGF avec les AINS. Suite à ces différentes recommandations, la FDA autorisa en 2012 les laboratoires à reprendre leurs recherches sur cette classe thérapeutique. Un nouvel effet secondaire entrava le développement de ces antagonistes. En effet, des atteintes du système nerveux sympathiques furent décrites lors d'essais. La FDA décida de rompre à nouveau son autorisation en ce qui concerne ces essais cliniques. Malgré ce désaccord, un an après Pfizer a réussi à obtenir l'approbation de la FDA pour la poursuite de ses études (178).

Suite à toutes ces informations, les anti-NGF n'ont malheureusement pas à l'heure actuelle beaucoup d'espoir de devenir la révolution de la prise en charge de la douleur. Cependant, aujourd'hui les trois molécules évoquées précédemment peuvent avoir un avenir dans la thérapeutique des gonarthroses et coxarthroses. Leur avenir réside dans la tolérance de celles-ci dans le temps (178).

e) Les autres recherches

Les neurines sont des molécules, qui pourraient avoir une action dans la lutte contre la douleur. Elles agiraient sur l'inflammation ainsi qu'au niveau des fibres nerveuses jouant un rôle dans la transmission de la douleur. Parmi ces molécules en essai, il y a la ReN1869. Les douleurs pouvant être concernées par cette nouvelle approche sont les douleurs neuropathiques et les rhumatismes dont les arthrites. Ce projet de recherche a été lancé par le laboratoire Novo Nordisk. Cependant, un accord a été établi entre Novo Nordisk et ReNeuron afin que les recherches et les essais soient réalisés par ce dernier laboratoire (179).

L'anxiété et la dépression sont souvent présentes lors de douleurs chroniques. Ces deux pathologies provoquent des hyperalgies ce qui peut engendrer une résistance aux thérapeutiques. Des études ont démontré une libération excessive de la cholécystokinine (CCK). Cette molécule est un neuropeptide, à l'origine entre autres de l'hyperalgie lors d'une dépression ou d'une anxiété et a également montré dans certains essais la possibilité de jouer un rôle sur ce système en utilisant un antagoniste CCK. Parmi ces derniers à l'étude pour cette indication, on retrouve le CI-988 et le proglumide. Ces molécules doivent être administrées avec un morphinique afin de prendre en charge la douleur dans sa globalité (180).

L'adénosine triphosphate (ATP) possède apparemment des qualités intéressantes pour la prise en charge de la douleur. Elle peut être employée à de faible dosage. Elle pourrait agir sur les douleurs neuropathiques, les hyperalgies ainsi que les allodynies (douleur provoquée par une stimulation non nociceptive) (167; 181).

La calcitonine pourrait être prescrite pour les douleurs provoquées par les membres fantômes ainsi que les douleurs neuropathiques « radiculaires par compression métaboliques » (167).

5. Les différents points à travailler afin d'aboutir à une meilleure prise en charge de la douleur

Enfin, il serait intéressant de travailler sur l'aspect culturel comme les idées reçues, les représentations ..., les protocoles de prise en charge de la douleur, les échelles d'évaluation de la douleur ou encore le développement des nouveaux dispositifs mis à disposition.

5.1. Les aspects culturels

Tout d'abord, il est primordial de prendre en compte les différentes catégories de patients. En effet, le patient doit être pris en charge en fonction de sa culture, de son sexe, de son âge et de son origine (75). Les soignants ne peuvent pas se permettre de délaisser un patient pour une de ces raisons.

D'autre part, les laboratoires pharmaceutiques doivent inclure les personnes âgées dans les essais thérapeutiques afin de pouvoir élargir certains traitements à cette population sans prise de risque. (75). La recherche doit s'efforcer de trouver des traitements et de ce fait des formes galéniques adaptées à ces patients particuliers.

Enfin, un long travail sur « l'opiophobie » doit être envisagé afin d'éviter toutes idées fausses au sujet des morphiniques (75). Pour cela, il faut lancer des campagnes d'information auprès des prescripteurs et des pharmaciens sur la réelle dangerosité des opioïdes que ce soit au niveau de la dépendance mais aussi des détournements et rappeler ainsi les recommandations afin de limiter les abus. Il faut en effet garder à l'esprit la possibilité de survenue de ces phénomènes mais éviter de les stigmatiser. De plus, le pharmacien comme le médecin peuvent être là pour rassurer leurs patients sur l'emploi de ces médicaments.

5.2. Le développement des procédures de bonnes pratiques

Les procédures de bonnes pratiques sont parfois mal accueillies par les soignants, peut-être par peur de rajout de travail, par absence d'explications sur l'intérêt de ces derniers, par manque de temps ou de formation, Néanmoins, ces protocoles offrent la possibilité de donner plus d'autonomie aux infirmiers et donc génèrent un gain de temps dans la prise en charge des patients, mais ils permettent également d'harmoniser les pratiques tout en se référant aux recommandations.

On peut envisager de nombreux protocoles bien différents. Ils peuvent être rédigés dans un service hospitalier mais aussi au sein du CLUD pour être par la suite diffusés à l'ensemble du centre hospitalier. Ces protocoles peuvent venir des Hautes Autorités de Santé qu'elles soient Françaises ou Européennes. Ils peuvent également être mis au

point par des réunions de médecins, de pharmaciens et d'infirmiers afin de se coordonner dans la prise en charge de la douleur, puisque ces derniers sont de plus en plus amenés à travailler main dans la main.

Ils peuvent entrer dans une procédure de qualité que ce soit au niveau d'un Centre Hospitalier mais aussi au niveau de la prise en charge de la douleur en ville. (75)

Dans le service des urgences de l'hôpital Saint-Louis à Paris, un protocole de prise en charge de la douleur a été instauré au niveau de l'accueil, il est destiné à l'infirmier organisateur de l'accueil de ce service. Dans cette procédure on retrouve l'évaluation de la douleur, le traitement préconisé en fonction de l'intensité de celle-ci et la traçabilité de la prise en charge de la douleur dans le dossier du patient. Plusieurs audits ont été réalisés afin d'observer l'évolution de l'importance de la prise en charge de la douleur dans sa globalité. Le premier audit est postérieur à la date d'instauration du protocole afin d'obtenir une base de comparaison. Il démontre plusieurs mois après la mise en place de cette procédure des résultats encourageants. En effet, le nombre de patients pris en charge est plus important, mais aussi le temps de prise en charge de la douleur est nettement plus faible qu'avant. D'autre part, l'évaluation de l'intensité de la douleur devient de plus en plus automatique à l'arrivée des patients et enfin, les résultats des évaluations sont plus souvent reportés dans le dossier-patient (182). Fort de ces résultats en progression, il est important de poursuivre les audits afin de constamment améliorer la prise en charge de la douleur.

Dans le même ordre d'idée un protocole, pour les infirmiers organisateurs d'accueil, de la prise en charge de la douleur a été mis en place au niveau des urgences du Centre Hospitalier d'Antoine-Béclère à Clamart. L'évaluation de l'intérêt de cette procédure a été basée sur le même principe que l'enquête précédente. Les résultats obtenus sont également très encourageants en ce qui concerne cette prise en charge. La plupart des critères évalués sont en progression par exemple le nombre d'évaluation de la douleur mais surtout la proposition de traitement en fonction de l'intensité de la douleur. Il a été constaté que plus la douleur est intense, plus elle est prise au sérieux, puisque lors de douleurs faibles seulement 45% des cas ont eu un traitement proposé contre 91% lors de douleurs intenses. Ces résultats montrent une certaine discrimination. Malgré ce dernier point, il faut continuer à développer la prise en charge de la douleur en insistant sur l'ensemble des douleurs y compris les plus faibles (183).

Une « Procédure d'assurance qualité et de programmes d'enseignement » concernant la douleur peut-être un atout dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Il est nécessaire avant d'instaurer cette procédure de commencer par informer les différents soignants sur cette thématique et insister sur le respect des recommandations via les protocoles mis en place. Une étude a montré l'efficacité de cette méthode avec une augmentation de 18% des patients soulagés (75).

Ces enquêtes permettent de mettre en évidence que le développement des procédures de bonnes pratiques au sein des hôpitaux peut être l'une des réponses à l'amélioration de la prise en charge de la douleur.

Au regard de ces constats il serait nécessaire de parvenir à des pratiques plus harmonisées en ce qui concerne le nombre de prescriptions de morphiniques afin de limiter les excès mais aussi le manque de prise en charge de la douleur.

5.3. Les échelles d'évaluation de la douleur

5.3.1. Connaître les échelles

Pour que les professionnels de santé utilisent la bonne échelle dans la bonne situation il est nécessaire que ces derniers connaissent les différentes échelles. En effet, de nombreuses échelles existent comme l'EVA déjà citée plus tôt, celle-ci sera utilisée dans les situations non complexes et chez l'adulte sans problèmes cognitifs. À cette échelle peut s'ajouter les échelles San Salvador pour les enfants polyhandicapés (Annexe VI) et l'échelle Douleur Enfant Gustave Roussy (DEGR) pour les enfants en oncologie (Annexe VII). Lorsqu'il s'agit des personnes âgées il peut être cité les échelles Doloplus (Annexe VIII) et Algoplus (Annexe IX). L'Algoplus est une échelle simplifiée de l'échelle Doloplus, ce qui permet son emploi plus facilement au quotidien.

En plus de connaître l'ensemble des échelles il est important que les soignants sachent les employer et donc être formés sur celles utilisées dans leur service.

5.3.2. Le développement de nouvelles échelles d'évaluation de la douleur

Certains types de douleur ne possèdent pas encore d'échelle d'évaluation d'intensité de la douleur suffisamment spécifiques. Il est important en ce qui concerne les douleurs neuropathiques de développer des nouvelles échelles plus adaptées pour les jeunes enfants, les personnes âgées et non-communicantes. En effet, à l'heure actuelle il n'existe qu'une échelle de diagnostic de la douleur neuropathique, le DN4 (Annexe X), adaptée aux adultes qui par manque de moyens est également employée chez les enfants mais elle est loin d'être aussi spécifique et devient vite compliquée à l'utilisation (184).

Une catégorie de patients peut poser des soucis à l'évaluation de la douleur, il s'agit des patients non ventilés et non coopérants. En effet, aucune des échelles connues ne peuvent être utilisées. De ce fait, un travail devra être fait pour développer des échelles spécifiques à cette situation (126). Cette notion est importante également pour travailler sur des échelles adaptées face à un maximum de situations et types de patients afin de limiter les échecs face à la douleur.

D'après l'étude, « Un jour donné », qui fut réalisée dans un hôpital psychiatrique, une insuffisance de la prise en charge de la douleur s'est révélée pour 60% des patients. De plus, seulement 14% d'entre eux ont eu une évaluation de leur douleur. Cette insuffisance d'évaluation est entre autres due au manque d'échelles adaptées en fonction de chaque trouble psychiatrique (159).

Il faut garder en mémoire que la création d'échelles n'est pas non plus la seule solution pour prendre en charge la douleur. En effet, une échelle mal employée ne donne aucun résultat concret et peut même abaisser la prise en charge de la douleur. Il est primordial de former le personnel à son utilisation et éviter de la rendre fastidieuse afin de mettre toutes les chances de notre côté dans la lutte contre la douleur.

5.3.3. Evaluation du retentissement de la douleur sur la vie

L'évaluation de la douleur est très importante. Cependant, d'autres éléments sont à prendre en compte en plus de la douleur elle-même comme l'impact de la douleur sur le moral, sur la vie professionnelle et sociale. Il pourrait être intéressant de ce fait de créer des échelles pouvant évaluer le retentissement de la douleur sur la vie du patient. À l'heure actuelle, il existe quelques échelles qui évaluent certains de ces points, par exemple l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) qui est orientée sur le moral du patient (Annexe XI).

Ce type d'évaluation apparaît comme une nouvelle orientation dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur.

5.4. Le rôle des nouvelles technologies

5.4.1. L'informatique une aide dans la prise en charge de la douleur ?

L'informatique peut venir en aide à la prise en charge de la douleur. Cet outil est parfois oublié alors qu'il peut amener des réponses simples à l'amélioration de la lutte contre la douleur.

Une enquête a été menée à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Legouest (Metz). Ce dernier a mis en place deux outils informatiques nouveaux. Cette démarche entreprise par cet hôpital a pour but de compléter l'ensemble de processus en faveur d'une meilleure prise en charge de la douleur (185).

Le premier est la création d'un pictogramme alertant les soignants de la présence d'un patient douloureux au niveau de leur planning d'hospitalisation. Afin d'obtenir ce sigle, il est nécessaire que les soignants renseignent le score de l'évaluation de la douleur par l'échelle EN. Cette phase est primordiale pour faire fonctionner ce dispositif. Lorsque ce dernier est supérieur à quatre, le patient est marqué comme algique et nécessite une attention plus importante en ce qui concerne la douleur. Néanmoins, comme il a été déjà vu, l'évaluation de la douleur ainsi que le marquage dans le dossier patient sont parfois oubliés par les soignants. D'où l'importance de la présence de bonnes

bases. Surtout, que le logiciel dans cette situation demande des informations complémentaires qui sont le type de douleur, sa localisation, son intensité mais aussi depuis combien de temps cette douleur s'est déclarée (185).

Le deuxième outil est la mise à disposition d'une liste journalière de l'ensemble des patients douloureux dans le centre hospitalier, destinée aux professionnels de l'unité fonctionnelle de la douleur. Cette facilité à l'accès de l'ensemble des données sur les patients algiques permet à ces professionnels de santé de gagner du temps et d'orienter leur prise en charge vers les patients qui le nécessitent. De plus, cet outil permet à l'équipe de l'unité fonctionnelle de la douleur d'aider les différents soignants lors des évaluations de la douleur par rapport aux différentes échelles qui existent mais aussi dans la mise en pratique des protocoles de lutte contre la douleur (185).

Lors de cette étude, les retours de l'ensemble des soignants sont positifs et ces derniers estiment avoir une meilleure prise en charge de la douleur. Cependant, il est vrai comme le précise l'article qu'il serait intéressant voire important de réaliser une nouvelle enquête en l'orientant côté patient (185).

5.4.2. Les différents dispositifs en développement ou mis à disposition

Plusieurs dispositifs d'administration des antalgiques sont soit en développement soit déjà mis à disposition des soignants pour prendre en charge au mieux les patients vis à vis de leur douleur. Parmi ceux-ci on peut citer la Patient-Controlled-Analgesia (PCA), la Patient-Controlled-Epidural-Analgesia (PCEA), mais également les systèmes de délivrance transdermiques et les pompes chronomodulées (164).

Les systèmes de délivrance qui utilisent la voie dermique sont essentiellement des pompes utilisées pour administrer des anesthésiants (164).

Les pompes chronomodulées ont l'avantage de délivrer le traitement antalgique à l'heure où celui-ci est le plus efficace. De plus, elles permettent d'ajuster les doses administrées en fonction des heures de la journée. De ce fait, la variation de l'intensité de la douleur au cours de la journée peut être palliée par ces différentes posologies (164).

Cette diversité de dispositifs est un atout dans la prise en charge de la douleur. Ils sont parfois mis de côté à tort. Il est donc du devoir des praticiens de les utiliser à bon escient et au maximum afin de permettre au patient d'aboutir à une certaine indépendance et le rendre ainsi acteur de la prise en charge de sa douleur.

Conclusion

Au cours des siècles la prise en charge de la douleur ne cesse pas d'évoluer et d'être de plus en plus efficace. Malgré ces efforts, la douleur reste un sujet délicat à aborder. En effet, de nombreuses personnes sont victimes de douleurs aiguës ou chroniques et leur souffrance n'est pas suffisamment prise en compte ou soulagée. Ce fléau génère des questionnements depuis l'Antiquité. Les professionnels de santé restent souvent impuissants face à ce symptôme voire maladie.

De nombreux problèmes subsistent encore en France comme le manque d'écoute du patient, d'évaluation de la douleur, de prise en charge médicamenteuse ou non. À cela peuvent s'ajouter les problèmes financiers, les aspects culturels, l'absence de certains traitements antalgiques pourtant reconnus dans d'autres pays.

Le service de réanimation fait partie des services qui se préoccupe le plus de la prise en charge de la douleur. Cela peut paraître surprenant lorsque l'on sait qu'une majorité des patients sont dans un sommeil profond. La réanimation est pionnière dans le développement de techniques de lutte contre la douleur. Elle continue à rechercher des traitements afin de limiter les souffrances mais également les meilleures conditions d'utilisation de ces derniers. De plus, ce service a une prise en charge de la douleur bien particulière suite aux traitements utilisés mais aussi vis à vis du type de patient accueilli. La lutte contre la douleur est plus délicate du fait de l'absence de communication du patient ainsi que par la fragilité de celui-ci.

Même si l'enquête menée au Centre Hospitalier de Laval n'a pu répondre à toutes les questions. Elle a permis de mettre en avant une bonne prise en charge de la douleur dans ce service. De plus, elle a permis également de constater l'un des problèmes de nos jours dans la lutte contre la douleur, la difficulté d'évaluer la douleur chez un patient et d'impliquer au mieux les soignants dans cette démarche.

La globalité des enquêtes réalisées depuis quelques années et celle de 2014 en réanimation ont pu montrer des similitudes dans les résultats. Ce qu'il faut retenir suite à ces dernières est que la douleur n'est pas toujours reconnue et parfois mise de côté. Ce constat se fait par le manque d'évaluation de la douleur, l'absence de prévention de cette dernière lors de certains soins, l'absence de mise en place de traitements adéquats ou suffisants. Cet ensemble peut engendrer de ce fait une mauvaise prise en charge de la douleur.

À l'heure actuelle de nombreux progrès ont été mis en place comme les différents plans de lutte contre la douleur ou les structures spécialisée dans la prise en charge de la douleur. Cependant, il ne faut pas relâcher ces efforts car malgré tout il reste encore de nombreuses améliorations à réaliser dans cette lutte. Il est nécessaire de persister afin de soulager les patients souffrant de douleurs surtout chroniques, qui sont en échec thérapeutique. Dans le but de remédier à ce constat plusieurs perspectives peuvent être évoquées.

Une des plus importantes est l'écoute attentive de la plainte douloureuse du patient, par le soignant. Cette reconnaissance et évaluation permet dans un premier temps de soulager une partie de la souffrance que peut subir le patient. Afin d'aider cette démarche, il serait intéressant de développer certains moyens d'évaluations de la douleur tels que les échelles. Ils permettront de s'adapter aux différents types de patients. Cependant, ce n'est pas le tout de travailler sur ce point il faut également que les soignants utilisent ces techniques. Pour que ces derniers adhèrent à ce principe, il faut rendre l'évaluation de la douleur plus accessible par exemple la mise au point de l'échelle algoplus.

La deuxième perspective à retenir est de continuer à former les professionnels de la santé, que ce soit les pharmaciens mais aussi les médecins et les infirmiers, pour éviter l'ignorance et le risque d'impuissance face à la douleur.

La prise en charge de la douleur pourra également progresser grâce à une unification des protocoles ainsi que des traitements dans l'Union Européenne afin de limiter les différences de prise en charge de la douleur au sein de cette communauté.

La quatrième perspective consiste à aider les recherches sur de nouvelles classes thérapeutiques. Dans cette phase d'amélioration il ne faudra pas oublier de développer des traitements et des formes galéniques adaptés aux enfants et aux personnes âgées.

Nous avons pu constater une différenciation de prise en charge de la douleur selon la culture, les origines, l'âge il sera donc primordial de continuer à lutter contre cette discrimination culturelle.

Enfin, plusieurs technologies ont été développées ces dernières années par exemple des logiciels d'aide à la prise en charge de la douleur ou encore les dispositifs qui administrent les analgésiques. Ces moyens ouvrent des nouvelles perspectives dans cette lutte contre la douleur.

La douleur touche l'ensemble de la population, sa prise en charge ne doit plus être mise au second plan. Certains scientifiques s'y intéressent de très près afin de limiter sa survenue ou du moins la stopper avant qu'elle ne puisse prendre de l'ampleur. Néanmoins, un essoufflement de la lutte contre la douleur semble se manifester tant au niveau des soignants que du gouvernement. En effet, une partie des soignants se sentent impuissants et négligent parfois la souffrance de leur patient. De plus, le dernier projet national de lutte contre la douleur a été évoqué par l'état mais n'a pas été finalisé.

Au jour d'aujourd'hui, la France est loin d'avoir fini son combat contre la douleur. En outre, notre pays progresse dans sa lutte. Les différentes perspectives nous montrent qu'il existe un ensemble de techniques pouvant aider à améliorer la prise en charge de la douleur. Les professionnels de santé et l'ANSM ont accès à ces moyens à eux de décider de les employer.

Bibliographie

1. **Gaillard, A.** Douleur morale, douleur physique : mécanismes neurobiologiques et traitements. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Mars 2014, Vol. 172, 2, pp. 104-107.
2. **Vuillet-A-Ciles, H. et Billet, F.** L'essentiel pour comprendre la douleur. *Actualités Pharmaceutiques*. Juin 2013, Vol. 52, 527, pp. 18-20.
3. **Bouhassira, D.** Douleur. *Inserm*. [En ligne] Mai 2016. [Citation : 9 Septembre 2016.] <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>.
4. **HAS et INCa.** Guide du parcours de soins : Mésothéliome pleural malin. *has-sante*. [En ligne] Juillet 2013. [Citation : 9 Septembre 2016.] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/guide_mesotheliome_pleural_malin_final_web_091013.pdf.
5. **Guy-Coichard, C., et al.** Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique. *EMC - Anesthésie-Réanimation*. Février 2005, Vol. 2, 1, pp. 1-22.
6. **SFETD.** Définition. *sfetd-douleur*. [En ligne] [Citation : 9 Septembre 2016.] <http://www.sfetd-douleur.org/definition>.
7. **Rey, R.** *Histoire de la douleur*. Paris : La Découverte, 2011. p. 419.
8. **Atallah, F. et Guillerrou, Y.** L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Elsevier Masson, Juillet 2004, Vol. 23, 7, pp. 722-729.
9. **Garrigue, B.** Historique de la prise en charge de la douleur par les infirmier(es) en urgence. *Urgences*. 2007, pp. 489-497.
10. **Dolisi, G.** Terminologie médicale. *bio-top*. [En ligne] 25 Mai 2016. [Citation : 8 Août 2016.] <http://www.bio-top.net/Terminologie/O/opio.htm>.
11. **Le Marec, C.** Histoire de l'opium médicinal : du pavot aux alcaloïdes de l'opium. *Douleurs*. Elsevier Masson, Avril 2004, Vol. 5, 2, pp. 83-98.
12. **Cousin, M.** Les substances anesthésiques et analgésiques utilisées dans l'Antiquité. *Le praticien en anesthésie réanimation*. Elsevier Masson, Décembre 2007, Vol. 11, 6, pp. 491-497.
13. **Klein, A.** Approches philosophiques de la douleur : pour une éthique du sujet. *Ethique et Santé*. Elsevier Masson, Septembre 2007, Vol. 4, 3, pp. 136-140.
14. **Gourdol, J.-Y.** Portraits de médecins : Hippocrate le Grand. *medarus*. [En ligne] [Citation : 8 Août 2016.] <http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/hippocrate.html>.
15. **Urksa nic Mhorrigan, C.** La caverne de Morrigan : La morelle noire. *morrigancave*. [En ligne] 10 Octobre 2010. [Citation : 8 Août 2016.] <https://morrigancave.wordpress.com/2010/10/10/morelle-noire/>.
16. **König, C.** La Mandragore. *futura-sciences*. [En ligne] [Citation : 8 Août 2016.] <http://www.futura-sciences.com/magazines/nature/infos/dico/d/botanique-mandragore-4569/>.
17. **Alain et Cédric.** La jusquiame noire, une plante qui se plaît aux pieds de nos ruines médiévales. *vosges-de-nord*. [En ligne] 17 Février 2015. [Citation : 8 Août 2016.] <http://vosges-du-nord.fr/site/la-jusquiame-noire-une-plante-qui-se-plait-au-pied-de-nos-ruines-medievaales/>.
18. **Piorkowsky, K. et Morette, R.** L'étape Pavot-Opium. *heroine-morphine*. [En ligne] [Citation : 8 Août 2016.] <http://heroine-morphine.toile-libre.org/PavOp.php>.
19. **de Morgan, E.** *La nuit et le sommeil*.
20. **Dorvault, F.-L.-M.** *Officine, ou Répertoire général de pharmacie pratique*. 15e édition. 1910. p. 1917.
21. **Landry, Y.** *Petite histoire des médicaments : De l'Antiquité à nos jours*. Paris : Dunod, 2011. p. 214.

22. **Thurel, C.** Naissance de l'anesthésie : histoire d'un accouchement dans la douleur. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Septembre 2007, Vol. 8, 4, pp. 256-260.
23. **Mary, J.** Grande ciguë. *fleurs des champs*. [En ligne] [Citation : 9 Août 2016.] http://www.fleurs-des-champs.com/detail_conium_maculatum_50.html.
24. **Larousse.** Belladone. *larousse*. [En ligne] [Citation : 9 Août 2016.] <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/belladone/11530>.
25. **Meinier, S.** Le Cannabis. *drogue-dépendance*. [En ligne] 3 Septembre 2015. [Citation : 9 Août 2016.] <http://www.drogues-dependance.fr/cannabis.html>.
26. **Cupping Hijama Institut.** La hijama à travers les âges. *hijama-troyes*. [En ligne] [Citation : 9 Août 2016.] <http://www.hijama-troyes.fr/un-peu-dhistoire/>.
27. **Jaunault, F.** Guimauve. *académie du fruit et légume*. [En ligne] [Citation : 9 Août 2016.] <http://www.academiedufruitetlegume.fr/produit/herbes-condiments/herbes-aromatiques/guimauve/>.
28. **Mareeva, M.** Les propriétés curatives du cèdre. *epoch times*. [En ligne] 19 Juillet 2015. [Citation : 9 Août 2016.] <http://www.epochtimes.fr/les-proprietes-curatives-du-cedre-6326.html>.
29. **National Center for Complementary and Integrative Health.** Acupuncture : In Depth. *NCCIH*. [En ligne] 16 Mars 2016. [Citation : 9 Août 2016.] <https://nccih.nih.gov/health/acupuncture/introduction>.
30. **Acupressure Healthcare.** Acupressure powermat. *acupressure healthcare*. [En ligne] [Citation : 9 Août 2016.] <http://www.acupressurehealthcare.com/index.php/online-store-buy-products/acupressure/foot-massagers/acupressure-powermat-buy>.
31. **Guichoux, B.** La moxibustion. *soins traditionnels chinois*. [En ligne] [Citation : 9 Août 2016.] <https://soinstraditionnelschinois.com/techniques/la-moxibustion/>.
32. **Gruffat, X.** Coca. *creapharma*. [En ligne] 5 Mars 2016. [Citation : 11 Août 2016.] <http://www.creapharma.ch/coca.htm>.
33. **Exotic plants.** Peyotl. *exotic plants*. [En ligne] [Citation : 11 Août 2016.] <http://www.exotic-plants.de/graines/cacti/Lophophora-williamsii.php>.
34. **Lefèvre, A.** Une plante médicinale : la bétouine utilisée dans les jardins de curé. *1 jardin 2 plantes*. [En ligne] [Citation : 11 Août 2016.] <http://www.1jardin2plantes.info/fiches/117/betoin.php>.
35. **Agora.** Mélilot. *agora*. [En ligne] 1 Avril 2012. [Citation : 11 Août 2016.] <http://agora.qc.ca/dossiers/Melilot>.
36. **Thurel, C.** Du "mauvais usage" des opioïdes forts dans les traitements des douleurs chroniques bénignes (non cancéreuses). *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Avril 2007, Vol. 8, 2, pp. 101-107.
37. **Chast, F.** *Histoire contemporaine des médicaments*. Paris : La Découverte, 1995. p. 908.
38. **Figuier, L.** *Les merveilles de la science ou description populaire des inventions modernes*. Paris : s.n., 1868. p. 703. Vol. II.
39. **Rodzko, V.** Valériane. *larodz*. [En ligne] 1999. [Citation : 11 Août 2016.] <http://larodz.chez-alice.fr/plantes/valeriane.html>.
40. **Vert Santé.** Les vertus des feuilles et des fleurs d'oranger. *vert santé*. [En ligne] 19 Octobre 2012. [Citation : 11 Août 2016.] <http://www.vertsante.com/les-vertus-des-feuilles-et-des-fleurs-doranger/>.
41. **Berche, P. et Lefrère, J.** La singulière découverte de l'anesthésie. *La presse médicale*. Elsevier Masson, Février 2011, Vol. 40, 2, pp. 185-192.
42. **Pearce, D.** Horace Wells under nitrous oxide (1844). *general anesthesia*. [En ligne] 2008. [Citation : 15 Août 2016.] <http://www.general-anaesthesia.com/people/wells-nitrous.html>.
43. **Charrière, F.** *Appareils pour l'inhalation de l'éther*. Paris : s.n., 1847. p. 17.
44. **Mary, C.** La douleur. *Biofutur*. Novembre 1996, 161, pp. 15-23.

45. **Figuié, L.** *Les merveilles de la science ou description populaire des inventions modernes*. Paris : s.n., 1867. p. 743. Vol. I.
46. **Le Marec, C.** Histoire du paracétamol. *Le praticien en anesthésie-réanimation*. Elsevier Masson, Septembre 2005, Vol. 9, 4, pp. 321-328.
47. **Devers, G.** Le droit et la douleur. *Journal de réadaptation médicale : Pratique et formation en médecine physique et de réadaptation*. Elsevier Masson, Décembre 2004, Vol. 24, 4, pp. 132-139.
48. **Serra, E. et Verfaille, F.** Douleur et souffrance : de quelques aspects médicaux. *Ethique et Santé*. Elsevier Masson, Septembre 2007, Vol. 4, 3, pp. 131-135.
49. **Franco, I.** Ethique et douleur : quelques réflexions. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Octobre 2008, Vol. 9, 5, pp. 237-239.
50. **Veil, S. et Peyrefitte, A.** Décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale. 28 Juin 1979, pp. 1568-1572.
51. **Cousin, C.** Du droit du patient à recevoir des soins antalgiques à l'obligation du médecin de prendre en charge la douleur. *Médecine et droit*. Elsevier Masson, Septembre-Octobre 2012, Vol. 2012, 116, pp. 158-160.
52. **Bertin, P.** Nouvelle classification des antalgiques, au service d'une optimisation de la prise en charge thérapeutique de la douleur. *Douleur : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Novembre 2012, Vol. 13, S1, p. A31.
53. **Penet, E., Javerliat, M. et Terrier, G.** Prise en charge médicamenteuse de la douleur cancéreuse. *Actualités pharmaceutiques hospitalières*. Elsevier Masson, Août 2011, Vol. 7, 27, pp. 18-30.
54. **Ministère de santé, de solidarité.** Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Mars 2006. p. 36.
55. **HAS.** Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. *has santé*. [En ligne] Décembre 2008. [Citation : 19 Décembre 2015.] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient.
56. **Lelièvre, N.** Douleur et droit : quelles évolutions en dix ans? *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Février 2009, Vol. 10, pp. S29-S34.
57. **Duclos, R. et Duquesne, C.** Protocoles contre la douleur : la loi nous aide-t-elle? *Médecine et droit*. Elsevier Masson, Janvier-Avril 2010, Vol. 2010, 100-101, pp. 62-66.
58. **Chirac, J., et al.** Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. *legifrance*. [En ligne] 9 Juin 1999. [Citation : 2016 Août 15.] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121&categorieLien=id>.
59. **Ministère d'emploi, de solidarité.** Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. 2002. p. 36.
60. **Lelièvre, N.** La douleur en questions. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Avril 2013, Vol. 14, 2, pp. 93-96.
61. **de Saint Affrique, D.** Regard sur la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie. *Médecine et droit*. Elsevier Masson, Septembre-Décembre 2005, Vol. 2005, 74-75, pp. 133-145.
62. **Claeys, A. et Leonetti, J.** De nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. *Elysée*. [En ligne] 12 Décembre 2014. [Citation : 28 Janvier 2016.] <http://www.elysee.fr/actualites/article/de-nouveaux-droits-en-faveur-des-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie/>.
63. **Emery, C., et al.** Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Décembre 2005, Vol. 6, 6, pp. 366-373.

64. **OPENMinds; LIVESTRONG; European Oncology Nursing Society.** Enquête Européenne sur la Douleur Cancéreuse (EPIC) : Résultats de l'enquête en France. *Mundipharma*. [En ligne] Mai 2007. [Citation : 20 Avril 2016.] http://www.mundipharma.fr/userfiles/resultats_epic_france.pdf.
65. **COEGD.** Les français et la douleur : Enquête auprès du grand public sur la perception de la prise en charge de la douleur en France. *Doleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Avril 2006, Vol. 7, 2, pp. 85-92.
66. **Serrie, A., et al.** La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. *Doleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Juin 2014, Vol. 15, 3, pp. 106-114.
67. **Godefroy, J. et Delorme, C.** Les professionnels de santé libéraux et la douleur. *Doleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Juin 2006, Vol. 7, 3, pp. 145-153.
68. **Clère, F., et al.** Enquête de prévalence de la douleur chez les patients hospitalisés au centre hospitalier de Châteauroux. *Doleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Octobre 2007, Vol. 8, S1, p. 67.
69. **Van Belleghem, V. et Bouhassira, D.** Prise en charge des douleurs neuropathiques chroniques sévères : résultats de l'"enquête patients, soins et intervenants de la douleur neuropathique" (Epsidone). *Doleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Décembre 2009, Vol. 10, 6, pp. 283-291.
70. **DREES.** L'état de santé de la population en France : Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. *social-sante.gouv*. [En ligne] 2011. [Citation : 16 Mars 2016.] http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf.
71. **Eschalier, A., et al.** Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes. *Doleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Février 2013, Vol. 14, 1, pp. 4-15.
72. **Perrot, S., et al.** Description des prescriptions de traitements pharmacologiques à visée antalgique et de leur observance en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de 15 000 personnes adultes. *Doleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Juin 2013, Vol. 14, 3, pp. 119-130.
73. **INCa.** Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer. *e-cancer*. [En ligne] Mars 2012. [Citation : 19 Février 2016.] <http://www.e-cancer.fr/content/download/63502/571325/file/ENQDOUL12.pdf>.
74. **Laroche, F.** Douleur chronique. Thérapies comportementales et cognitives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, Mars 2014, Vol. 172, 2, pp. 132-135.
75. **Ricard-Hibon, A., et al.** Sédation et analgésie en structure d'urgence. Quelles sédation et analgésie chez un patient en ventilation spontanée en structure d'urgence? *Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation*. Elsevier Masson, Avril 2012, Vol. 31, 4, pp. 295-312.
76. **Belbachir, A.** Evaluation et traitement de la douleur . *Pourquoi développer l'autoévaluation?* Paris : Elsevier Masson SAS, 2008. pp. 793-807.
77. **Legout, V. et Moyse, D.** Douleur chronique recommandations cliniques et méthodes d'évaluation. *Doleurs*. Elsevier Masson, Avril 2006, Vol. 7, pp. 63-67.
78. **Muller, A., et al.** *Soins infirmiers et douleur*. 4e édition. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson, 2012. p. 372.
79. **Navez, M., Ricard, C. et Alibeu, J.P.** *Evaluation de la douleur de l'enfant et de l'adulte*. Saint Etienne : Elsevier Masson, 2003. pp. 335-355.
80. **Danziger, N.** La perception de la douleur d'autrui. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Mars 2014, Vol. 172, 2, pp. 115-118.
81. **Afssaps, et al.** Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses. *ANSM*. [En ligne] 2011. [Citation : 18 Novembre 2015.]

http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf.

82. **Durand de Grossouvre, N., et al.** Equilibration de la douleur en soins palliatifs chez un patient atteint de cancer par une analgésie autocontrôlée par méthadone : une alternative possible à la prise de doses fixes. *DOuleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Octobre 2014, Vol. 15, 5, pp. 244-247.
83. **Peeters-Asdourian, C.** Apport du médecin spécialiste dans le contrôle de la douleur. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*. Septembre 2014, Vol. 6, 4, pp. 479-489.
84. **Treillet, E. et Laurent, S.** La méthadone dans les douleurs cancéreuses rebelles. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Novembre 2012, Vol. 13, S1, p. 79.
85. **Beaulieu, P.** *La Douleur Guide pharmacologique et thérapeutique*. Montréal : Maloine, 2013. p. 228.
86. **Lévy-Chavagnat, D.** Le traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques. *Actualités Pharmaceutiques*. Elsevier Masson, Décembre 2009, Vol. 48, 491, pp. 19-25.
87. **Mion, G., et al.** Utilisation ambulatoire de la kétamine per os en douleur chronique : étude rétrospective d'une série de 51 patients. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Septembre 2014, Vol. 33, S2, pp. 146-147.
88. **Laval, G., Ngo Ton Sang, B. et Fabre, M.** *Principales thérapeutiques en soins palliatifs : chez l'adulte et la personne âgée*. 5e édition. Gémenos : Sauramps Medical, 2014. p. 346.
89. **Attal, N.** Avancées dans le traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques. *Revue Neurologique*. Elsevier Masson, Décembre 2011, Vol. 167, 12, pp. 930-937.
90. **ANSM.** Résumé des caractéristiques du produit : Sativex®. *agence-prd.ansm.sante*. [En ligne] 7 Avril 2015. [Citation : 19 Février 2016.] <http://www.agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0256334.htm>.
91. **ANSM.** Répertoire des spécialités pharmaceutiques. *agence-prd.ansm.sante*. [En ligne] 29 Janvier 2016. [Citation : 3 Février 2016.] <http://agence-pdr.ansm.sante.fr/php/ecodex/index.php>.
92. **Nocent, M.** Cannabis thérapeutique : il ne soigne pas, les réticences. *Le Moniteur des pharmacies*. Novembre 2015, 3102, pp. 28-32.
93. **Santé Canada.** Santé Canada : Feuillet de renseignements - Sativex. *hc-sc.gc*. [En ligne] Avril 2005. [Citation : 20 Février 2016.] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/notices-avis/conditions/sativex_fs_fd_091289-fra.php.
94. **ANSM.** Résumé des caractéristiques du produit : Yantil®. *agence-prd.ansm.sante*. [En ligne] 3 Octobre 2011. [Citation : 19 Février 2016.] <http://www.agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0201206.htm>.
95. **ANSM.** Résumé des caractéristiques du produit : Palexia®. *agence-prd.ansm.sante*. [En ligne] 23 Mai 2014. [Citation : 19 Février 2016.] <http://www.agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0242480>.
96. **Grünenthal.** Notice : Palexia®. *agence-prd.ansm.sante*. [En ligne] 3 Octobre 2011. [Citation : 19 Février 2016.] <http://www.agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/notice/N0200694.htm>.
97. **HAS.** Commission de la Transparence : Palexia®. *has-sante*. [En ligne] 25 Juin 2014. [Citation : 26 Février 2016.] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13581_PALEXIA_PIC_Ins_Avis2_CT13581.pdf.
98. **Rostaing-Rigattieri, S. et Guérin, J.** Prise en charge des douleurs cancéreuses rebelles : stratégies pratiques. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*. Elsevier Masson, Décembre 2014, Vol. 13, 6, pp. 312-322.
99. **ANSM.** Résumé des caractéristiques du produit : Targinact®. *agence-prd.ansm.sante*. [En ligne] 23 Juillet 2015. [Citation : 26 Février 2016.] <http://www.agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0262122.htm>.

100. **Perdue Pharma.** Monographie de produit : Targin®. *perdue*. [En ligne] 5 Août 2014. [Citation : 26 Février 2016.] <http://www.perdue.ca/files/REVISED-2014-08-05-targin-pm-french-mrktng.pdf>.
101. **EMA.** Questions et réponses sur Oxynal, Targin et noms associés (chlorhydrate d'oxycodone/chlorhydrate de naloxone). *ema.europa*. [En ligne] 22 Décembre 2014. [Citation : 26 Février 2016.] http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/Referrals_document/Oxynal_Targin_13/WC500176346.pdf.
102. **FDA.** Drugs@fda. *fda*. [En ligne] [Citation : 26 Février 2016.] <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/>.
103. **Danehy, S.** FDA approves abuse deterrent labeling for Embeda® (morphine sulfate and naltrexone hydrochloride) extended-release (ER) capsules CII. *pfizer*. [En ligne] 17 Octobre 2014. [Citation : 1 mai 2015.] http://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/fda_approves_abuse_deterrent_labeling_for_embeda_morphine_sulfate_and_naltrexone_hydrochloride_extended_release_er_capsules_cii.
104. **Endo Pharmaceuticals.** Percodan®. *fda*. [En ligne] Juin 2010. [Citation : 1 mai 2015.] http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/007337s046lbl.pdf.
105. **Endo Pharmaceuticals.** Percocet®. *fda*. [En ligne] Novembre 2006. [Citation : 25 février 2016.] http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2006/040330s015,040341s013,040434s003lbl.pdf.
106. **Bristol-Myers Squibb Canada.** Guide Thérapeutique : Percocet®. *bmscanada*. [En ligne] 23 Septembre 2014. [Citation : 6 Février 2016.] http://www.bmscanada.ca/static/products/fr/pm_pdf/PERCOCET_FR_PI.pdf.
107. **Perdue Pharma.** Monographie de produit : BuTrans®. *perdue*. [En ligne] 5 Août 2014. [Citation : 16 Mars 2016.] http://www.perdue.ca/files/REVISED-2014-08-05_butrans-tpd-pm-french.pdf.
108. **Perdue Pharma.** BUTRANS - buprénorphine patch, extended release. *perdue pharma*. [En ligne] Juin 2014. [Citation : 1 Mai 2016.] <http://www.app.perduepharma.com/xlmpublishing/pi.aspx?id=b>.
109. **Demers, H. et Lapierre, M.** La buprénorphine (BuTrans) un timbre de plus à votre collection? *Le Médecin du Québec*. Mai 2012, Vol. 47, 5, pp. 73-76.
110. **Serrie, A.** *Le guide des premières ordonnances dans la douleur chronique*. Les Ulis : Elsevier Masson, 2013. pp. 195-198.
111. **FDA.** Dilaudid® and Dilaudid-HP® injection. *fda*. [En ligne] Juin 2008. [Citation : 1 Mai 2016.] http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/019034s018lbl.pdf.
112. **Ricar-Hibon, A., et al.** Analgésie en urgence chez l'adulte. *EMC - Médecine*. Elsevier Masson, Février 2004, Vol. 1, 1, pp. 80-91.
113. **Hubert, E. et Toubon, J.** Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. 6 Septembre 1995, pp. 13305-13310.
114. **Clère, F.** Opioides forts et douleur chronique. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Février 2007, Vol. 8, 1, pp. 43-44.
115. **Nouaille, Y.** Les antalgiques : souvent prescrits, trop souvent pris à la légère. *Actualités Pharmaceutiques*. Juin 2013, Vol. 52, 527, p. 17.
116. **Nowak, S., Martin, J. et Rapin, C.** Entre souffrance et douleur : Prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Décembre 2005, Vol. 6, 6, pp. 337-346.
117. **Deleens, R. et Hadjiat, Y.** Douleur et opioïdes forts : des recommandations d'experts aux nouvelles réflexions. Du bon usage des opioïdes. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Octobre 2015, Vol. 16, 5, pp. 238-245.

118. **Serra, E., et al.** Point de vue des médecins généralistes sur les risques de survenue d'une dépendance lors de la prescription d'opioïdes forts. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Juin 2014, Vol. 172, 4, pp. 323-329.
119. **HAS.** Commission de transparence Targinact®. *has-sante*. [En ligne] 5 Octobre 2011. [Citation : 8 Juin 2016.] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/targinact_07_12_2011_avis_ct10861.pdf.
120. **Afssaps.** ANSM-sante. [En ligne] Novembre 2010. [Citation : 19 Avril 2016.] http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/19ca2c73609691747d72c18b65d4fc21a.pdf.
121. **Desmots, J.** Regard sur l'histoire des 50 dernières années de l'anesthésie-réanimation française. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Elsevier Masson, Septembre 2008, Vol. 27, S2, pp. 273-274.
122. **Vincent, J.** *La manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence*. 4e édition. Paris : Springer, 2013. p. 556.
123. **SFAR et SRLF.** Sédation et analgésie en réanimation (nouveau-né exclu). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Elsevier Masson, Juillet-Août 2008, Vol. 27, 7-8, pp. 552-555.
124. **Sauder, P., et al.** Sédation-analgésie en réanimation (nouveau-né exclu). *Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation*. Elsevier Masson, Juillet-Août 2008, Vol. 27, 7-8, pp. 541-551.
125. **Restoux, A., et al.** L'analgésie en réanimation. *MAPAR*. [En ligne] 2006. [Citation : 24 Mars 2016.] <http://www.mapar.org/article/pdf/617/L'analgésie%20en%20réanimation.pdf>.
126. **Brun, L.** Douleur provoquée en réanimation chez l'adulte. *CNRD*. [En ligne] 18 Octobre 2006. [Citation : 24 Mars 2016.] http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/LB_171006.pdf.
127. **Bonnet, F. et Lescot, T.** *Analgésie et sédation en réanimation*. Paris : Springer, 2010. p. 255. Vol. 1.
128. **Payen, J. et Chanques, G.** Prise en charge de la douleur. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Elsevier Masson, Juillet-Août 2008, Vol. 27, 7-8, pp. 633-640.
129. **Chanques, G., et al.** Spécificités diagnostiques et thérapeutiques de la douleur en réanimation. *Douleurs : Evaluatio - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Octobre 2010, Vol. 11, 5, pp. 222-229.
130. **Payen, J.** Sédation et analgésie en réanimation. *SFAR*. [En ligne] 28 Avril 2011. [Citation : 06 Mars 2015.] http://www.sfar.org/accueil/print_article.php?id_article=689.
131. **Constantin, J., et al.** La sédation-analgésie au quotidien : enquête auprès de 218 services de réanimation de France. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Elsevier Masson, Mai 2010, Vol. 29, 5, pp. 339-346.
132. **Lucidarme, O. et du Cheyron, D.** *Guide pratique des problèmes quotidiens en réanimation*. Rueil-Malmaison : Arnette, 2013. p. 360.
133. **Gane, C. et Geron Pineda, L.** Evaluation de la douleur chez des patients intubés ventilés sous sédation-analgésie en Réanimation. *srlf*. [En ligne] 2014. [Citation : 15 Décembre 2015.] http://www.srlf.org/mediatheque/congres/resumes/viewPresentation.phtml?about=rc%2f2014%2fsrlf2014%2fabstract%2f20130927-170408-6299%2f_container&SearchEventInput=douleur&eventCommunication=rc%2f2014%2fsrlf2014%2f_container&communicationClass=abstract&Inte.
134. **Fayn, M.** Disparité des coûts entre le public et le privé - Les hôpitaux dans le rouge. *reseau-chu*. [En ligne] 28 Juillet 2014. [Citation : 26 Septembre 2016.] <http://www.reseau-chu.org/article/juillet-2014-disparite-des-couts-entre-le-public-et-le-prive-les-hopitaux-dans-le-rouge/>.
135. **Ministère des Affaires sociale et de la Santé.** L'action des pouvoirs publics. *social-sante.gouv*. [En ligne] 28 Octobre 2015. [Citation : 18 Février 2016.] <http://social-sante.gouv.fr/soins-et->

maladies/prises-en-charge-specialisees/prise-en-charge-de-la-douleur/articles/article/l-action-des-pouvoirs-publics.

136. **Kouchner, B.** Circulaire DGS/DH n°98-586 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. 24 Septembre 1998.

137. **Lothon-Demerliac, C., Laurent-Beq, A. et Marec, P.** Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. Vandoeuvre-lès-Nancy : s.n., Octobre 2001. p. 17.

138. **Serrie, A.** Plan douleur 2006-2010. *Douleurs*. Elsevier Masson, Avril 2006, Vol. 7, 2, pp. 61-62.

139. **HCSP.** Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Mars 2011. p. 95.

140. **Annequin, D.** Nouveau plan de lutte contre la douleur. *Interactions FHF*. Septembre 2013, 16, pp. 15-16.

141. **Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur.** Plans douleur. *SFETD*. [En ligne] 2014. [Citation : 3 Janvier 2016.] <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>.

142. **Ministère des Affaires sociales et de la Santé.** Avis sur le projet de programme national douleur 2013-2017. 17 Septembre 2013. p. 15.

143. **SFAP.** Plan soins palliatifs/cancer et soins de support/douleur. *SFAP*. [En ligne] 2014. [Citation : 3 Janvier 2016.] www.sfap.org/rubrique/plan-soin-palliatifs-cancer-et-soins-de-support-douleur.

144. **Ministère des Affaires sociales et de la Santé.** La douleur. *Social-sante.gouv*. [En ligne] 28 Octobre 2015. [Citation : 15 Février 2016.] <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/prise-en-charge-de-la-douleur/>.

145. **Ministère des Affaires sociales et de la Santé.** Le guide : Usagers, votre santé, vos droits. *droits-usagers.social-sante.gouv*. [En ligne] 12 Novembre 2014. [Citation : 15 Février 2016.] <http://www.droits-usagers.social-sante.gouv.fr/le-guide.html>.

146. **Ministère des Affaires sociales et de la Santé.** Contrat d'engagement. *social-sante.gouv*. [En ligne] 2011. [Citation : 15 Février 2016.] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/contrat_engagement_douleur.pdf.

147. **HAS.** Certification des établissements de santé. *has-sante*. [En ligne] 5 Septembre 2011. [Citation : 1 Juin 2016.] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978601/fr/historique-de-la-certification.

148. **HAS.** La certification version 2010 à l'épreuve d'un an de déploiement : bilan et perspectives. *has-sante*. [En ligne] Novembre 2010. [Citation : 1 Juin 2016.] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/20101206_certification_v2010_bilan_perspective.pdf.

149. **HAS.** Le compte qualité. *has-sante*. [En ligne] Avril 2016. [Citation : 1 Juin 2016.] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/20150113_brochure_cq_v2014_2015-01-15_12-23-17_976.pdf.

150. **Ministère des Affaires sociales et de la Santé.** Les structures spécialisées douleur chronique (SDC). *social-sante.gouv*. [En ligne] 8 Octobre 2015. [Citation : 17 Février 2016.] <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/prise-en-charge-de-la-douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>.

151. **Boisseau, N., Mazouz, M. et Collomp, R.** Pourquoi et comment organiser une "journée douleur", CLUD ou inter-CLUD. A propos de retours d'expériences d'un centre hospitalier général. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Septembre 2015, Vol. 16, 4, pp. 179-189.

152. **CNRD.** CNRD - Centre National de Ressources de Lutte contre la Douleur. *cnrld*. [En ligne] 23 Mars 2012. [Citation : 1 Juin 2016.] <http://www.cnrld.fr/Le-CNRD-1299.html>.

153. **SFETD.** Présentation. *sfetd-douleur*. [En ligne] [Citation : 3 Juin 2016.] <http://www.sfetd-douleur.org/presentation-0>.

154. **SFETD**. L'association. *sfetd-douleur*. [En ligne] [Citation : 3 Juin 2016.] <http://www.sfetd-douleur.org/lassociation>.
155. **SFAR**. Histoire de la SFAR. *sfar*. [En ligne] [Citation : 3 Juin 2016.] <http://sfar.org/la-sfar/histoire-de-la-sfar/>.
156. **SFAR**. La SFAR. *sfar*. [En ligne] [Citation : 3 Juin 2016.] <http://sfar.org/la-sfar/>.
157. **Ministère des Affaires sociales et de la Santé**. Vers quels professionnels s'orienter? *social-sante.gouv*. [En ligne] 28 Octobre 2015. [Citation : 17 Février 2016.] http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/prise-en-charge-de-la-douleur/articles/article/vers-quels-professionnels-s-orienter#hopital_clinique.
158. **Gauvin, E., et al.** Etat des lieux de la prise en charge de la douleur dans un centre hospitalier général : enquête médecins et soignants. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Novembre 2006, Vol. 7, S1, p. 82.
159. **Bourdillon, F., et al.** Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Juin 2011, Vol. 12, 3, pp. 129-139.
160. **AFSSAPS**. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. *Douleur : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Décembre 2004, Vol. 5, 6, pp. 324-326.
161. **Regnier, V., et al.** La réglette EVA : un outil de médiation dans la relation soignant-malade? Etude sociologique réalisée dans deux centres spécialisés dans le traitement du cancer de la région Rhône-Alpes. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Septembre 2008, Vol. 9, 4, pp. 202-210.
162. **Combe, C., et al.** Fentanyl transmuqueux : évaluation pratique de son utilisation auprès des patients et des soignants. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*. Avril 2014, Vol. 13, 2, pp. 77-83.
163. **CLUD du CHU d'angers**. Je vous fais mal? Douleur induite par les soins. *chu-angers*. [En ligne] 2008. [Citation : 16 Avril 2016.] <http://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/qualite-et-prevention-des-risques/comite-de-lutte-contre-la-douleur/comite-de-lutte-contre-la-douleur-59848.kjsp?RH=1435656870682>.
164. **Bruguerolle, B., Boulamery, A. et Simon, N.** Prise en compte des rythmes biologiques dans le traitement de la douleur. *Médecine du sommeil*. Juin 2008, Vol. 5, 16, pp. 18-22.
165. **Pionchon, P.** Politique de prise en charge de la douleur dans les pays européens. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Février 2007, Vol. 8, 1, pp. 34-36.
166. **Piano, V. et Lanteri-Minet, M.** Douleur neuropathique et cancer : quelles recommandations en Europe. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Octobre 2014, Vol. 15, 5, pp. 207-215.
167. **Clère, F.** Stratégie actuelle de prise en charge des douleurs neuropathiques liées au cancer. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*. Elsevier Masson, Septembre 2005, Vol. 4, 4, pp. 175-189.
168. **Calvino, B.** L'hyperalgésie induite par les opioïdes. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Octobre 2013, Vol. 14, 5, pp. 226-233.
169. **Alvarez, J., et al.** Cannabinoïdes de synthèse : aspects pharmacologiques. *Toxicologie Analytique et Clinique*. Mars 2015, Vol. 27, 1, pp. 23-32.
170. **Passard, A. et Bresseur, L.** Y a-t-il un avenir pour les cannabinoïdes en tant qu'agents analgésiques. *Le Praticien en anesthésie-réanimation*. Avril 2004, Vol. 8, 2, pp. 109-111.
171. **Beaulieu, P. et Rice, A.** Pharmacologie des dérivés cannabinoïdes : applications au traitement de la douleur? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Juin 2002, Vol. 21, 6, pp. 493-508.
172. **Authier, N., Coudore, F. et Eschalièr, A.** Cannabinoïdes et douleur. *La Lettre du Pharmacologue*. Juillet 2003, Vol. 17, 4, pp. 118-122.

173. **Wattiez, A. et Courteix, C.** Protéines à domaine PDZ : cibles potentielles pour le traitement de la douleur chronique. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Février 2011, Vol. 12, 1, pp. 7-14.
174. **Mari, B. et Auberger, P.** Structure et fonction des ectopeptidases du système immunitaire. *Médecine/Sciences*. Mai 1995, Vol. 11, 5, pp. 681-690.
175. **Roques, B.** Potentialisation de l'action des opioïdes endogènes : où en est-on du développement de nouveaux analgésiques. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Novembre 2012, Vol. 13, S1, p. 34.
176. **PharmaLeads.** PharmaLeads finalise l'ouverture des centres de son étude clinique internationale de phase 2A du PL37. *pharmaleads*. [En ligne] 15 Décembre 2015. [Citation : 2016 Septembre 26.] <http://www.pharmaleads.com/fr/pharmaleads-finalise-louverture-des-centres-de-son-etude-clinique-internationale-de-phase-2a-du-pl37/>.
177. **Sitbon, P., et al.** Effet analgésique du STR-324 après administration intrathécale dans un modèle de douleur post-opératoire chez le rat. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Septembre 2014, Vol. 33, S2, p. 167.
178. **Bannwarth, B. et Kostine, M.** Antagonistes du nerve growth factor (NGF) : des antalgiques d'avenir? *Revue du Rhumatisme*. Janvier 2015, Vol. 82, 1, pp. 25-28.
179. **Léger, C.** Unis contre la douleur. *Biofutur*. Juillet-Août 2000, Vol. 2000, 202, p. 48.
180. **Becker, C., Zeau, B. et Benoliel, J.** Dépression, anxiété et douleurs : de nouvelles cibles thérapeutiques? *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Juin 2007, Vol. 8, 3, pp. 152-157.
181. **Manuila, A., et al.** *Dictionnaire Médical Manuila*. Issy-les-Moulineaux : s.n., 2007. p. 676.
182. **Le Roux, E., et al.** Intérêt d'un protocole de traitement de la douleur par l'infirmière organisatrice de l'accueil. *Journal Européen des Urgences*. Mars 2008, Vol. 21, S1, p. 229.
183. **Capitaine, S., et al.** Evaluation de l'adéquation des pratiques à un protocole de prise en charge de la douleur dès l'IOA. *Journal Européen des Urgences*. Mars 2008, Vol. 21, S1, p. 230.
184. **Martinez, V., et al.** Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. Elsevier Masson, Février 2010, Vol. 11, 1, pp. 3-21.
185. **Stroher, M., et al.** Amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur : l'informatique en appui (création d'un pictogramme d'alerte - listing des patients algiques). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Septembre 2014, Vol. 33, S2, p. 412.
186. **Dutier, A.** Eléments de réflexion éthique sur l'utilisation des outils d'auto-évaluation de la douleur. *Médecine palliative : Soins de support-Accompagnement-Ethique*. Elsevier Masson, Avril 2013, Vol. 12, pp. 90-94.
187. **Meddispar.** Médicaments stupéfiants et assimilés : conditions de prescription. *meddispar*. [En ligne] 11 Janvier 2016. [Citation : 17 Février 2016.] <http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Conditions-de-prescription#nav-buttons>.
188. **ANSM.** Réglementation. *ansm.santé*. [En ligne] Septembre 2015. [Citation : 15 Janvier 2016.] [http://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Reglementation/\(offset\)/6](http://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Reglementation/(offset)/6).
189. **Meddispar.** Médicaments stupéfiants et assimilés : conditions de délivrance. *meddispar*. [En ligne] 10 Février 2015. [Citation : 17 Février 2016.] <http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Conditions-de-delivrance#nav-buttons>.
190. **Meddispar.** Médicaments stupéfiants et assimilés : transcriptions et enregistrements. *meddispar*. [En ligne] 28 Janvier 2015. [Citation : 17 Février 2016.] <http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Transcriptions-et-enregistrements#nav-buttons>.

191. **Chanques, G., et al.** Evaluer la douleur en réanimation. *sofia.medicalistes*. [En ligne] 2012. [Citation : 26 Mars 2015.] http://www.sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Evaluer_la_douleur_en_reanimation.pdf.
192. **Mercier, G., et al.** Validation d'un score d'évaluation de la douleur en réanimation adapté aux patients non intubés. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. Elsevier Masson, Mai 2009, Vol. 57, S1, pp. 41-42.
193. **Ministère des Affaires sociales et de la Santé.** Structures spécialisées douleur chronique : Annuaire des Pays de la Loire. *social-sante.gouv*. [En ligne] 8 Octobre 2015. [Citation : 16 Février 2016.] http://social-sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=212170.
194. **Pédiadol.** Evaluation de la douleur chez l'enfant handicapé. *pediadol*. [En ligne] 14 Mai 2012. [Citation : 10 Septembre 2016.] <https://www.pediadol.org/Evaluation-de-la-douleur-chez-l.html>.
195. **Pédiadol.** DEGR (Douleur Enfant Gustave Roussy. *pediadol*. [En ligne] 31 Juillet 2009. [Citation : 14 Septembre 2016.] <https://www.pediadol.org/Grille-DEGR-Douleur-Enfant-Gustave,13.html>.
196. **Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur.** DOLOPLUS. *sfetd-douleur*. [En ligne] [Citation : 13 Mars 2016.] http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/echelle/echelle-doloplus_.pdf.
197. **Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur** . DOLOPLUS - échelle. *sfetd - douleur*. [En ligne] [Citation : 13 Mars 2016.] <http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/echelle/doloplus-echelle.pdf>.
198. **Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur.** ALGOPLUS. *sfetd-douleur*. [En ligne] [Citation : 13 Mars 2016.] http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/echelle/echelle-algoplus_.pdf.
199. **Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur.** ALGOPLUS - échelle. *sfetd-douleur*. [En ligne] [Citation : 13 Mars 2016.] <http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/echelle/algoplus.pdf>.
200. **Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur.** Outils Spécifiques. *SFETD*. [En ligne] [Citation : 10 Novembre 2015.] <http://www.sfetd-douleur.org/outils-specifiques>.
201. **ANAES.** Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. *cnr*. [En ligne] Février 1999. [Citation : 14 Septembre 2016.] http://www.cnr.fr/IMG/pdf/PEC_dl_ad_ambul.pdf.

Table des matières

SOMMAIRE	
LISTE DES ABREVIATIONS.....	
INTRODUCTION.....	
L’HISTOIRE DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA DOULEUR.....	1
1. L’histoire	1
1.1. La Préhistoire.....	1
1.2. Les civilisations anciennes.....	2
1.2.1. L’Antiquité Gréco-Romaine.....	2
a) Avant JC.....	2
b) Le 1er siècle après JC.....	4
c) À partir du IIème siècle après JC.....	8
1.2.2. L’Égypte	10
1.2.3. L’Inde	11
1.2.4. La Chine	12
1.2.5. L’Amérique précolombienne	13
1.3. Le Moyen Âge.....	14
1.4. L’Époque moderne du XVème au XVIIIème siècle.....	15
1.4.1. La Renaissance : du XVème au XVIIème siècle	15
1.4.2. L’Âge classique : du XVIIème et XVIIIème siècle.....	17
1.4.3. Le Siècle des lumières : XVIIIème siècle.....	18
1.5. L’Époque contemporaine	20
1.5.1. Le XIXème siècle	20
1.5.2. Le XXème siècle jusqu’à nos jours	28
2. Les problèmes rencontrés face à la prise en charge de la douleur	33
2.1. Étude EPIDOL.....	33
2.1.1. Contexte de l’étude EPIDOL.....	33
2.1.2. Résultats de l’étude EPIDOL.....	33
2.1.3. Bilan de l’étude EPIDOL.....	35
2.2. Enquête EPIC	35
2.2.1. Contexte de l’enquête EPIC	35
2.2.2. Résultats de l’enquête EPIC	36
2.2.3. Bilan de l’enquête EPIC	37
2.3. Autres enquêtes	38
2.4. Que peut-on en conclure sur la prise en charge de la douleur en France, d’après ces différentes enquêtes ?.....	44
3. Pourquoi existe-t-il des problèmes dans la prise en charge de la douleur en France ?	45
3.1. L’évaluation de la douleur.....	45
3.1.1. Les généralités.....	45
3.1.2. Les problèmes rencontrés et pour quelles raisons	46
3.2. Les traitements mis en causes dans l’insuffisance de la prise en charge de la douleur.....	47
3.2.1. Les traitements « disponibles » en France mais dont il existe certains freins à leur utilisation	47
a) La Méthadone	48
b) La Kétamine (Kétalar®).....	48
c) Le Sativex®	49

d)	Le Tapentadol (Palexia®).....	49
e)	L'oxycodone associée à la naloxone (Targinact® ou Targin®).....	50
3.2.2.	Les traitements non disponibles en France.....	51
a)	L'oxycodone associée à la naltrexone.....	51
b)	L'oxycodone associée à l'acide acétylsalicyline.....	51
c)	L'oxycodone associée au paracétamol.....	52
d)	Buprénorphine en patch.....	52
e)	Les autres molécules.....	53
3.3.	Question financière et d'organisation ?.....	55
3.4.	En fonction du patient.....	55
3.4.1.	L'état de santé général du patient.....	55
3.4.2.	L'âge du patient.....	56
3.4.3.	L'origine du patient.....	56
3.5.	L'aspect culturel en France.....	56
3.5.1.	La société.....	56
3.5.2.	Le patient et sa famille.....	57
3.5.3.	Les soignants.....	57
3.5.4.	Les autorités.....	58
3.6.	Bilan.....	59
LE CAS PARTICULIER EN REANIMATION.....		60
1.	Le service de réanimation.....	60
1.1.	L'histoire de la réanimation.....	60
1.2.	En quoi le service de réanimation est un cas particulier.....	61
1.3.	Les problèmes de prise en charge de la douleur en réanimation.....	63
2.	Enquête sur la prise en charge de la douleur au Centre Hospitalier de Laval, dans le service de réanimation.....	65
2.1.	Objectifs.....	65
2.2.	Méthode.....	65
2.3.	Résultats.....	68
2.3.1.	Évaluation de la douleur lors des soins douloureux.....	68
a)	Les soins quotidiens.....	68
b)	Les soins concernant les voies aériennes.....	70
c)	Les autres soins douloureux.....	72
2.3.2.	La prise en charge de la douleur lors des soins douloureux.....	76
a)	Les soins quotidiens.....	76
b)	Les soins concernant les voies aériennes.....	77
c)	Les autres soins douloureux.....	78
3.	Analyse des résultats.....	80
3.1.1.	Évaluation de la douleur lors des soins douloureux.....	80
a)	Les soins quotidiens.....	80
b)	Les soins concernant les voies aériennes.....	81
c)	Les autres soins douloureux.....	82
3.1.2.	La prise en charge de la douleur lors des soins douloureux.....	83
a)	Les soins quotidiens.....	83
b)	Les soins concernant les voies aériennes.....	84
c)	Les autres soins douloureux.....	85

4.	Bilan de ce travail réalisé en réanimation	86
4.1.	Les biais	86
4.2.	Les limites	86
4.3.	Les résultats.....	86
DISCUSSION		88
PERSPECTIVES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN FRANCE		90
1.	Pourquoi la prise en charge de la douleur doit être une priorité en France ?	90
1.1.	Les données concernant la prise en charge de la douleur en France	90
1.2.	Les conséquences d'une mauvaise prise en charge de la douleur en France	91
2.	Les Mesures en faveur de l'amélioration de la prise en charge de la douleur	92
2.1.	Les différentes mesures prises par le gouvernement	92
2.1.1.	Les Plans douleurs	92
2.1.2.	La mise en accès des informations au grand public	95
2.1.3.	La mise en place d'une certification des établissements de santé	96
2.1.4.	Les structures spécialisées de la prise en charge de la douleur	96
2.2.	Les différents organismes de lutte contre la douleur	98
2.2.1.	Les Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD)	98
2.2.2.	Le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD)	99
2.2.3.	La Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD)	100
2.2.4.	La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)	100
3.	Comment l'ensemble des professionnels de la santé peuvent-ils améliorer la prise en charge de la douleur ? 101	
3.1.	Le rôle des soignants	101
3.1.1.	Les soignants	101
	a) Les médecins	101
	b) Les infirmiers	102
3.1.2.	La formation universitaire et continue	102
3.1.3.	Emplois des différents moyens mis à disposition	103
	a) Les informations sur la douleur et les échelles d'évaluation de la douleur	103
	b) Les recommandations.....	103
3.1.4.	Respect des différentes pratiques et des prescriptions	104
	a) Les constats sur les pratiques	104
	b) Les constats sur les prescriptions	105
3.2.	Le rôle du pharmacien	105
3.2.1.	La formation universitaire et continue	106
3.2.2.	Restitutions des différentes informations aux patients pour une bonne prise en charge de la douleur ...	106
	a) Le bon usage des médicaments.....	106
	b) Les posologies	106
	c) La chronopharmacologie	107
	d) L'information au grand public sur la douleur	108
4.	Les perspectives au niveau des molécules.....	109
4.1.	Nouvelle méthodologie de prise en charge de la douleur	109
4.1.1.	Une nouvelle classification des antalgiques	109
4.1.2.	Le processus de prise en charge de la douleur.....	110
4.2.	Uniformisation de la prise en charge de la douleur au sein de l'Europe	111
4.2.1.	La législation.....	111
4.2.2.	Les recommandations	112
4.3.	Les perspectives concernant les molécules.....	112

4.3.1.	Les opioïdes	112
4.3.2.	Les molécules d'avenir	113
a)	Les cannabinoïdes	113
b)	Les inhibiteurs des protéines à domaine PDZ	115
c)	Les inhibiteurs des ecto-peptidases humaines	116
d)	Les antagonistes du Facteur de Croissance Neuronale ou <i>Nerve Growth Factor</i> (NGF)	117
e)	Les autres recherches	118
5.	Les différents points à travailler afin d'aboutir à une meilleure prise en charge de la douleur	120
5.1.	Les aspects culturels.....	120
5.2.	Le développement des procédures de bonnes pratiques.....	120
5.3.	Les échelles d'évaluation de la douleur.....	122
5.3.1.	Connaître les échelles	122
5.3.2.	Le développement de nouvelles échelles d'évaluation de la douleur	122
5.3.3.	Evaluation du retentissement de la douleur sur la vie.....	123
5.4.	Le rôle des nouvelles technologies.....	123
5.4.1.	L'informatique une aide dans la prise en charge de la douleur ?	123
5.4.2.	Les différents dispositifs en développement ou mis à disposition	124
CONCLUSION.....		125
BIBLIOGRAPHIE		127
TABLE DES MATIERES		138
TABLE DES ILLUSTRATIONS		142
TABLE DES TABLEAUX		145
ANNEXE I - L'ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA).....		147
ANNEXE II – LE SATIVEX®		149
ANNEXE III – LES OPIOÏDES		150
ANNEXE IV – L'ECHELLE BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)		153
ANNEXE V - LA LISTE DES CENTRES D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR155 (CETD) DES PAYS DE LA LOIRE (193).....		155
ANNEXE VI - ÉCHELLE SAN SALVADOR.....		156
ANNEXE VII – L'ECHELLE DOULEUR ENFANT GUSTAVE ROUSSY (DEGR)		158
ANNEXE VIII – L'ECHELLE DOLOPLUS.....		160
ANNEXE IX – L'ECHELLE ALGOPLUS		162
ANNEXE X – L'ÉCHELLE DN4		163
ANNEXE XI - L'ÉCHELLE HAD (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION).....		164

Table des illustrations

Figure 1 : Formule de la Thériaque, selon la Pharmacopée Française de 1866 (21).....	7
Figure 2 : Répartition des soins quotidiens dont la douleur a été évaluée d’après l’étude réalisée dans le service de réanimation de Laval.....	68
Figure 3 : Analyse de la réalisation de l’évaluation de la douleur lors d’un soin douloureux d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval.....	69
Figure 4 : Analyse de la réalisation de l’évaluation de la douleur lors d’un soin douloureux, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval.....	69
Figure 5 : Analyse de la réalisation de l’évaluation de la douleur lors d’un transport hors du service, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval	70
Figure 6 : Analyse de la réalisation de l’évaluation de la douleur lors de la kinésithérapie, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval.....	70
Figure 7 : Répartition des différents soins concernant les voies aériennes, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval.....	71
Figure 8 : Analyse de la réalisation de l’évaluation de la douleur lors des aspirations bronchiques, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval	71
Figure 9 : Analyse de la réalisation de l’évaluation de la douleur lors de la VNI, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval	72
Figure 10 : Répartition des autres soins dits douloureux dont la douleur a été évaluée, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval.....	73
Figure 11 : Analyse de la réalisation de l’évaluation de la douleur lors de la pose de sonde urinaire, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval	73
Figure 12 : Analyse de la réalisation de l’évaluation de la douleur lors d’un pansement simple, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval	74
Figure 13 : Analyse de la réalisation de l’évaluation de la douleur lors d’un pansement complexe, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval	74
Figure 14 : Analyse de la réalisation de l’évaluation de la douleur lors d’un prélèvement artériel, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval	75
Figure 15 : Analyse de la réalisation de l’évaluation de la douleur lors d’un prélèvement veineux, d’après l’enquête réalisée dans le service de réanimation de Laval	75
Figure 16 : Répartition des actes douloureux d’après l’enquête menée au CHU d’Angers en 2008 (161)	105
Figure 17 : Prise en charge de la douleur d’après Deleens (117).....	111

Figure 18 : Mécanisme d'action des cannabinoïdes (172).....	114
Figure 19 : Représentation d'un peptide mimant l'extrémité C-terminale du récepteur membranaire et se liant au réseau de protéines PDZ (170).	115
Figure 20 : Echelle visuelle analogique (78)	147
Figure 21 : Ordonnance sécurisée avec les mentions obligatoires pour la délivrance d'un stupéfiant (184).....	152
Figure 22 : Grille BPS (126).....	153
Figure 23 : Echelle San Salvador (Pédiadol, 2012)	157
Figure 24 : Echelle DEGR (Pédiadol, 2009)	159
Figure 25 : Echelle DOLOPLUS (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur).....	161
Figure 26 : Echelle ALGOPLUS (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur)	162
Figure 27 : Questionnaire DN4 (Muller, Metzger, Schwetta, & Walter, 2012) (Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur).....	163
Figure 28 : Echelle HAD (ANAES, 1999)	164
Photo 1 : Le Pavot (10)	1
Photo 2 : La Morelle noire (15)	3
Photo 3 : La Mandragore (16).....	3
Photo 4 : La Jusquiame (17)	3
Photo 5 : Capsule de pavot (18).....	4
Photo 6 : Représentation de Hypnos et de Thanatos dans le tableau.....	5
Photo 7 : La grande ciguë (23)	9
Photo 8 : La Belladone (24)	9
Photo 9 : Le Cannabis (25)	10
Photo 10 : Papyrus Ebers (26).....	11
Photo 11 : La Guimauve (27).....	12
Photo 12 : Résine de cèdre (28).....	12
Photo 13 : Acupuncture (29).....	13
Photo 14 : Exemple de points de pression en acupuncture (30)	13
Photo 15 : Moxibustion (31)	13
Photo 16 : Feuille de coca (32).....	14
Photo 17 : Le Cactus peyotl (33)	14
Photo 18 : La Bétoine (34).....	16
Photo 19 : Le mélilot (35).....	17

Photo 20 : L'Appareil de Richardson (38)	20
Photo 21 : La Valériane (39).....	21
Photo 22 : Fleurs d'oranger (40).....	21
Photo 23 : Extraction dentaire par Horace Wells sous protoxyde d'azote en 1844 (42)	23
Photo 24 : Appareil d'inhalation de l'éther créé par Charrière (43)	23
Photo 25 : Bouteille de Leyde (45).....	26
Photo 26 : Différence entre l'échelle BPS et BPS-NI (129)	154

Table des tableaux

Tableau 1 : Comparatif douleur par excès de nociception et douleur neurogène (2)	14
Tableau 2 : Comparaison des douleurs aiguës et chroniques (non cancéreuses) (5)	14
Tableau 3 : Récapitulatif des différentes études concernant la prise en charge de la douleur en France	43
Tableau 4 : Date de mise sur le marché selon le dosage du Percocet® (102)	52
Tableau 5 : Équivalence des doses entre la morphine et le BuTrans® (108; 109)	53
Tableau 6 : Tableau d'équianalgésie entre les opioïdes non disponibles en France et la morphine (110)	54
Tableau 7 : soins considérés douloureux en réanimation (126)	62
Tableau 8 : Premier questionnaire de l'enquête, étude de l'évaluation de la douleur	66
Tableau 9 : Deuxième questionnaire, évaluation de l'intensité de la douleur en fonction du soin et de la prise en charge de cette douleur	67
Tableau 10 : Répartition de l'emploi des différentes échelles lors de l'évaluation de la douleur pendant les soins quotidiens	76
Tableau 11 : Les différents scores moyens des évaluations de la douleur selon l'échelle employée lors des soins quotidiens	76
Tableau 12 : Présence d'une prise en charge médicamenteuse lors des soins quotidiens	77
Tableau 13 : Répartition de l'emploi des différentes échelles lors de l'évaluation de la douleur pendant les soins concernant les voies aériennes	77
Tableau 14 : Les différents scores moyens des évaluations de la douleur selon l'échelle employée lors des soins concernant les voies aériennes	77
Tableau 15 : Présence d'une prise en charge médicamenteuse lors des soins concernant les voies aériennes	78
Tableau 16 : Répartition de l'emploi des différentes échelles lors de l'évaluation de la douleur pendant les autres soins dits douloureux	78
Tableau 17 : Les différents scores des évaluations de la douleur selon l'échelle employée lors des autres soins dits douloureux	79
Tableau 18 : Présence d'une prise en charge médicamenteuse lors des autres soins dits douloureux	79
Tableau 19 : Coût moyen d'un patient par an pour une douleur chronique (68)	91
Tableau 20 : Le moment de la journée où la douleur est la plus intense en fonction du type de douleur (162)	107
Tableau 21 : Exemple de médicaments dont le moment d'administration peut être important pour une meilleure prise en charge de la douleur (162)	108
Tableau 22 : Classification des analgésiques élaborée par Lussier et Beaulieu (117)	110
Tableau 23 : Les différents inhibiteurs des facteurs NGF en étude (173)	117

Tableau 24 : Récapitulatif des caractéristiques de l'EVA	148
Tableau 25 : Augmentation progressive du nombre de pulvérisations de Sativex® par jour (90).....	149
Tableau 26 : Durée maximale de prescription des stupéfiants (183)	151

ANNEXE I - L'Échelle Visuelle Analogique (EVA)

L'Échelle Visuelle Analogique (EVA) fut utilisée pour la première fois par Huskinson en 1974 (79; 186). Cette méthode est la plus utilisée en pratique (76). Du fait, de sa facilité d'utilisation tant pour le patient que pour le soignant mais aussi de sa rapidité à obtenir le résultat, l'EVA devient l'échelle de référence (76; 77; 79; 186). Elle permet d'adapter la prise en charge de la douleur.

Elle peut se présenter sous deux formes (78). La première est la forme écrite. Sur une ligne de 10 cm le patient doit marquer le niveau de sa douleur. Cette technique s'interprète de la même manière que la deuxième. Cette dernière est sous la forme de réglette comme sur la Figure n°3. La réglette comporte deux faces, l'une est destinée au patient où il est marqué à gauche "pas de douleur" et à droite "Douleur maximale imaginable" (79; 186). L'autre face est destinée au soignant. Elle indique par un chiffre l'intensité de la douleur de 0 à 10, la valeur la plus haute correspondante à l'intensité la plus forte de douleur. Pour réaliser l'évaluation avec la réglette le patient fait glisser le curseur sur la réglette.

L'interprétation du résultat se fait en fonction du chiffre obtenu. Seulement, trois réponses sont possibles mais avec des variations d'intensités, qui sont (76; 81) :

- La douleur est faible ou absente entre 0 et 3 cm,
- La douleur est dite modérée entre 3 et 6 cm ou entre 3 et 7 cm selon les sources,
- La douleur est sévère lorsque le chiffre obtenu est supérieur à 6 ou à 7 cm.

Le résultat obtenu ne permet pas de définir l'antalgique à utiliser puisque la douleur est propre à chacun. Néanmoins elle permet d'observer l'évolution de la douleur avec le traitement et d'ajuster ce dernier en fonction des chiffres obtenus (81).

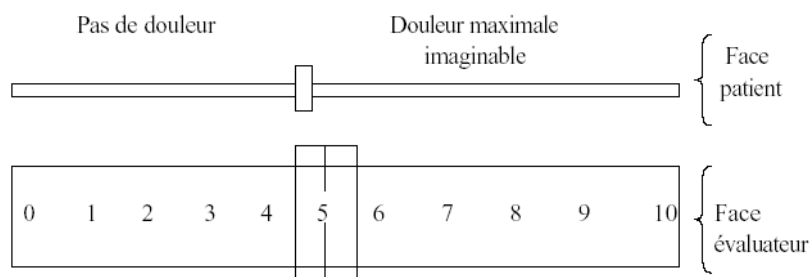


Figure 20 : Echelle visuelle analogique (78)

Cette technique permet une bonne reproductibilité de l'évaluation de la douleur. Elle évite que le patient mémorise une réponse.

Cependant, un certain nombre de patients sont incapables d'employer cette échelle. Le pourcentage de cette catégorie de personnes varie selon les sources et ainsi que de l'éventail des critères choisis. Les différentes données recueillies sont :

- 20%, il s'agit des enfants, des personnes âgées, des personnes ayant des capacités intellectuelles restreintes (78)
- 5 à 7%, il s'agit ici de patients ayant entre autre à des problèmes psychomoteurs (79)
- 10 à 15% des patients en moyenne ne savent pas répondre à cette échelle (77)

Cette échelle est parfois utilisée pour évaluer d'autres paramètres tels que l'anxiété, le soulagement d'un antalgique vis à vis d'une douleur.

Indications (79)	Avantages (76)	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> - Postopératoire - Douleur chronique en association 	<ul style="list-style-type: none"> - Reproductible - Large choix de réponses - Détection de l'évolution de l'intensité de la douleur - Dès l'âge de 5 ans - Détection de l'efficacité de l'analgésique 	<ul style="list-style-type: none"> - 7 à 11% d'échec (76) - Nécessite un support pour la méthode écrite

Tableau 24 : Récapitulatif des caractéristiques de l'EVA

ANNEXE II – Le Sativex®

Dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) il est bien défini le nombre de pulvérisations possibles par jour sans dépasser douze et il est également précisé le protocole pour augmenter les doses progressivement. Les posologies sont exprimées dans le Tableau 25 (90).

Jour	Nombre de pulvérisations		Nombre total de pulvérisations par jour
	le matin	l'après-midi	
1	0	1	1
2	0	1	1
3	0	2	2
4	0	2	2
5	1	2	3
6	1	3	4
7	1	4	5
8	2	4	6
9	2	5	7
10	3	5	8
11	3	6	9
12	4	6	10
13	4	7	11
14	5	7	12

Tableau 25 : Augmentation progressive du nombre de pulvérisations de Sativex® par jour (90)

Les effets secondaires les plus souvent retenus sont les vertiges, les troubles gastro-intestinaux, la somnolence et la sécheresse buccale. Il est fort probable que ce médicament puisse également provoquer une dépendance et un effet de tolérance lors d'une utilisation au long cours. De plus, le Sativex®, d'après sa composition issue du cannabis (delta-9-tétrahydrocannabinol et cannabidiol), peut déclencher des troubles mentaux sous-jacents (89).

ANNEXE III – Les opioïdes

Les règles de prescription des opioïdes forts

Avant toutes prescriptions d'opioïdes forts plusieurs points doivent être étudiés. En effet, il est important de peser le pour et le contre de l'emploi de cette classe thérapeutique. Les différents points à prendre en compte sont notamment les effets secondaires qui peuvent se déclencher au cours du traitement, mais également la survenue de dépendance psychique et physique. D'autres points peuvent aussi entrer en jeu comme la tolérance (160).

Les opioïdes forts sont nécessairement prescrits sur une ordonnance sécurisée. Sur cette dernière plusieurs conditions sont à retenir comme le papier filigrané, le carré en micro-lettres et la numérotation de lot (187).

La liste des soignants pouvant prescrire des stupéfiants sont les médecins, les chirurgiens-dentistes, uniquement en lien avec leur spécialité et les sages-femmes pour certaines molécules (187).

En plus de cette obligation le médecin doit respecter certaines contraintes comme la durée de prescription qui est propre à chaque molécule (Tableau 26). Cette règle permet le suivi rapproché du patient qui emploie un opioïde fort. Ces deux conditions vont permettre de gérer par la suite la délivrance de produits addictifs.

Durée de prescription	Dénomination Commune Internationale (D.C.I)	Formes pharmaceutiques	Voie d'administration
28 jours	Morphine à libération prolongée	Gélules et Comprimés	Orale
		Système actif pour perfusion	Injectable
	Morphine sous forme de préparations orales autres que les formes à libération prolongée	Solution buvable, Comprimés et Gélules	Orale
	Hydromorphone	Gélules	Orale
	Oxycodone	Comprimés pelliculés à libération prolongée, Comprimés orodispersibles, Gélules, Solution buvable	Orale
		Système actif pour perfusion	Injectable

28 jours avec fractionnement pour 14 jours	Fentanyl	Dispositif Transdermique	Transdermique
28 jours avec fractionnement pour 7 jours	Buprénorphine	Comprimés	Orale
	Fentanyl	Dispositifs transmuqueux, Préparations buccales et nasales	Transmuqueux
	Méthadone	Gélules	Orale
14 jours avec fractionnement pour 7 jours	Méthadone	Sirop	Orale
7 jours	Alfentanyl	Solution injectable	Injectable
	Fentanyl sous forme de solutions injectables	Solution injectable	Injectable
	Morphine sous forme de solutions injectables	Solution injectable	Injectable
	Péthidine	Solution injectable	Injectable
	Oxycodone	Suppositoires	Rectale
		Solution injectable	Injectable
	Remifentanyl	Lyophilisat pour solution injectable	Injectable
	Sufentanyl	Solution injectable	Injectable

Tableau 26 : Durée maximale de prescription des stupéfiants (188)

Lors de la délivrance, le pharmacien doit également se conformer à différentes règles. Avant toute délivrance le pharmacien doit s'assurer de l'authenticité de l'ordonnance sécurisée ainsi que de la totalité des informations obligatoirement inscrites sur une ordonnance de stupéfiant (Figure 21) (187).

Le patient doit se présenter dans les trois jours qui suivent la consultation, à la pharmacie afin d'obtenir la totalité de son traitement. Au-delà de ces trois jours réglementaires le pharmacien devra déconditionner si besoin le nombre d'unités suffisant pour la fin du traitement en décomptant les jours en retard. (189)

D'autre part, certains traitements ne peuvent pas être délivrés en une seule fois, leur délivrance est fractionnée en sept jours ou quatorze jours (Tableau 26).

Le pharmacien est dans l'obligation de tenir un ordonnancier à jour. Ce dernier permet de contrôler les délivrances de stupéfiants lors d'une inspection. Ce registre doit être conservé dix ans. En plus, de ce document, le pharmacien doit garder le double de l'ordonnance pendant trois ans (190).

1 Docteur DUPONT François Charles
Médecine générale
RPPS 10025215330
5 rue des Océans 75000 Paris FRANCE
☎ +33 1 44 49 43 49
✉ françois.dupont@gmail.com

2 04 janvier 2015

3 Mademoiselle Durand Léa Sophie
Femme
26/02/1990
1m69 65 kg

4 Spécialité stupéfiant
Une gélule de soixante milligrammes matin et soir pendant 28 jours

5 Dupont

6 9812345

7 1

1 Informations prescripteur
Noms et prénoms du prescripteur
Qualité, titre ou spécialité le cas échéant
N° d'identification (Adeli ou RPPS)
Adresse professionnelle précisant la mention « France »
Coordonnées téléphoniques précédées de « +33 »
Adresse électronique
Nom de l'établissement ou du service de santé et n° FINESS le cas échéant

2 Date de rédaction de l'ordonnance

3 Informations patient
Nom, prénoms, sexe, date de naissance du malade
Taille et poids si nécessaire

4 Informations prescription
Dénomination du médicament et dénomination commune
En toutes lettres : - Nombre d'unités thérapeutiques de prise
- Nombre de prises
- Dosage
Durée du traitement ou nombre d'unités de conditionnement

5 Signature du prescripteur immédiatement sous la dernière ligne de la prescription

6 Numéro d'indentification du lot d'ordonnances sécurisées

7 Nombre de spécialités prescrites

Figure 21 : Ordonnance sécurisée avec les mentions obligatoires pour la délivrance d'un stupéfiant (189)

ANNEXE IV – L'échelle Behavioral Pain Scale (BPS)

L'échelle couramment utilisée en réanimation est la Behavioral Pain Scale (BPS). Cette échelle est reproductible et a été validée à Grenoble et formulée par Jean-François Payen (126; 129; 191; 192).

Elle comporte trois parties dont la mimique, la compliance au respirateur et le tonus des membres supérieurs (126). Elle a été adaptée pour les patients non-intubés et non-communicants, il s'agit de la BPS-NI. Elle évalue la douleur grâce à trois critères, qui sont les muscles faciaux, les mouvements des membres supérieurs et l'adaptation pour les patients intubés ou la vocalisation pour les autres patients. Pour chaque critère le score peut aller de 1 à 4. Le score final est compris entre trois et douze. Lorsque le score total est égal ou supérieur à six, le patient est dit douloureux (126; 130; 191).

Item	Observation	score
Visage	Détendu, relâché	1
	Partiellement crispé (froncement de sourcils)	2
	Crispé (fermeture des yeux)	3
	Grimaçant	4
Membres supérieurs	Pas de mouvements	1
	Partiellement fléchi	2
	Flexion complète avec fermeture des mains	3
	Rétraction permanente	4
Adaptation à la ventilation	Adaptation complète	1
	Tousse de temps en temps mais se laisse ventiler la plupart du temps	2
	Lutte contre le respirateur	3
	Impossible à ventiler	4

Figure 22 : Grille BPS (126)






BPS (patient intubé)				BPS-NI (patient non intubé)			
1	2	3	4	1	2	3	4
Expression du visage  <p>1 = Détendue 2 = Partiellement tendue = plissement du front 3 = Très tendue = paupières crispées 4 = Grimace = joues crispées</p>				Expression du visage  <p>1 = Détendue 2 = Partiellement tendue = plissement du front 3 = Très tendue = paupières crispées 4 = Grimace = joues crispées</p>			
Mouvements des membres supérieurs  <p>2 = Aucun mouvement 1 = Partiellement pliés 2 = Très pliés (flexion des doigts) 3 = Rétraction complète, opposition aux soins</p> <p><i>En cas de doute, vérifier le tonus par une mobilisation passive du membre</i></p>				Mouvements des membres supérieurs  <p>2 = Aucun mouvement 1 = Partiellement pliés 2 = Très pliés (flexion des doigts) 3 = Rétraction complète, opposition aux soins</p> <p><i>En cas de doute, vérifier le tonus par une mobilisation passive du membre</i></p>			
Adaptation au ventilateur  <p>3 = Tolère la ventilation 1 = Toussé mais tolère la ventilation la majorité du temps 2 = Lutte contre le ventilateur mais ventilation possible par instant 3 = Ventilation impossible</p>				Vocalisation <p>≠ Absence de vocalisation de la douleur 1 = Gémissements brefs < 3 sec et peu fréquents < 3/min 2 = Gémissements prolongés > 3 sec ou fréquents > 3/min 3 = Hurllements ou plaintes verbales incoherents «Aïe! Ah!» ou blocage respiratoire</p>			
<p>1 + 2 + 3 = Valeur totale de BPS, BPS-NI de 3 (absence) à 12 (maximum) de comportement douloureux observable</p>							

Photo 26 : Différence entre l'échelle BPS et BPS-NI (129)

ANNEXE V - La liste des Centres d'Étude et de Traitement de la Douleur (CETD) des Pays de la Loire (193)

Type de structure	Établissement de santé	Adresse	Code postal	Ville	Référent	Numéro téléphone
Centre	CHU Nantes	Boulevard Jacques Monod	44093	Nantes	Pr Nizard	02 40 16 51 73
Centre	Clinique Brétéché	3 rue Beraudière	44046	Nantes	Dr Véronique Dixneuf	02 51 86 87 47
Centre	Clinique Catherine de Sienne	2 rue Eric Tabarly	44202	Nantes	Dr Rioult	02 28 27 23 15
Centre	Institut de Cancérologie de l'Ouest René Gauducheau	Boulevard Jacques Monod	44805	Saint Herblain	Dr Denis Labbe	02 40 67 99 42
Centre	C.H.U. d'Angers	4 rue Larrey	49933	Angers	Pr Christophe Verny	02 41 35 46 13
Centre	Institut de Cancérologie de l'Ouest Paul Papin	5, rue Moll	49000	Angers	Dr Denis Dupoirion	02 41 35 27 00
Centre	Centre hospitalier du haut Anjou	1 QU G. Lefevre BP 405	53204	Château-Gontier	Dr Mohammed Nouri	02 43 09 33 75
Centre	Centre hospitalier de Mans	Pavillon Henri EY - 194 avenue Rubjillard	72037	Le Mans	Dr Catherine Gouault	02 43 43 25 28
Centre	Centre Médicochirurgical du Mans	28 rue Guetteloup	72100	Le Mans	Dr Thierry Deniez	02 43 78 40 07
Centre	Centre hospitalier - Site La Roche/Yon	Bd Stéphane Moreau	85925	Roche/Yon	Dr Yves-Marie Pluchon	02 51 44 62 48
Consultation	Centre Hospitalier et clinique mutualiste de l'estuaire	11 Boulevard Charpak	44606	Saint Nazaire	Dr Adeline Drake del Castillo et Dr Christine Peaud	02 40 90 63 40
Consultation	Centre hospitalier de Cholet	1 rue Marengo	49325	Cholet	Dr Marion Helbert	02 40 90 63 40 ou 02 41 49 65 56

ANNEXE VI - Échelle San Salvador

Cette échelle est destinée aux enfants handicapés. Elle permet d'évaluer la douleur chez ces patients particuliers. Elle contient dix items différents afin d'orienter le soignant dans la prise en charge de la douleur. Cette technique nécessite environ 15 minutes pour obtenir l'ensemble des données. Le score est compris entre 0 et 40. Lorsque celui-ci est inférieur à 2 l'enfant n'est pas douloureux. Un score supérieur à 6 montre une souffrance chez le patient et demande une prise en charge médicamenteuse ou non de ce dernier. Cependant, un score qui est compris entre 2 et 6 ne permet pas d'orienter la prise en charge, une douleur est alors suspectée mais non confirmée (194).

Echelle Douleur Enfant San Salvador

pour évaluer la douleur de l'enfant polyhandicapé
Score de 0 à 40, seuil de traitement 6

Date												
Heure												
ITEM 1 : Pleurs et/ou cris (bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble se manifester plus que d'habitude 2 : Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux 3 : Pleurs et/ou cris spontanés et tout à fait inhabituels 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)												
ITEM 2 : Réaction de défense coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse (l'effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenchent une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme une réaction de défense) 0 : Réaction habituelle 1 : Semble réagir de façon inhabituelle 2 : Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel 3 : Même signe que 1 et 2 avec grimace et/ou gémissement 4 : Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs												
ITEM 3 : Mimique douloureuse (expression du visage traduisant la douleur, un rire paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Faciès inquiet inhabituel 2 : Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux 3 : Mimique douloureuse spontanée 4 : Même signe que 1, 2, ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)												
ITEM 4 : Protection des zones douloureuses (protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact) 0 : Réaction habituelle 1 : Semble redouter le contact d'une zone particulière 2 : Protège une région précise de son corps 3 : Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec agitation, cris et pleurs. Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs												
ITEM 5 : Gémissements ou pleurs silencieux (gémît au moment des manipulations ou spontanément de façon intermittente ou permanente) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble plus geignard que d'habitude 2 : Geint de façon inhabituelle 3 : Gémissements avec mimique douloureuse 4 : Gémissements entrecoupés de cris et de pleurs												

<p>ITEM 6 : Intérêt pour l'environnement (s'intéresse spontanément à l'animation ou aux objets qui l'environnent) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble moins intéressé que d'habitude 2 : Baisse de l'intérêt, doit être sollicité 3 : Désintéressé total, ne réagit pas aux sollicitations 4 : Etat de prostration tout à fait inhabituel. Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt pour l'environnement</p>																				
<p>ITEM 7 : Accentuation des troubles du tonus (augmentation des raideurs, des trémulations, spasmes en hyper extension) 0 : Manifestations habituelles 1 : Semble plus raide que d'habitude 2 : Accentuation des raideurs lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux 3 : Même signe que 1 et 2 avec mimique douloureuse 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs</p>																				
<p>ITEM 8 : Capacité à interagir avec l'adulte (communique par le regard, la mimique ou les vocalises à son initiative ou lorsqu'il est sollicité) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble moins impliqué dans la relation 2 : Difficultés inhabituelles pour établir un contact 3 : Refus inhabituel de tout contact 4 : Retrait inhabituel dans une indifférence totale. Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucune possibilité de communication</p>																				
<p>ITEM 9 : Accentuation des mouvements spontanés (motricité volontaire ou non, coordonnée ou non, mouvements choréiques, athétosiques, au niveau des membres ou de l'étage céphalique...) 0 : Manifestations habituelles 1 : Recrudescence possible des mouvements spontanés 2 : Etat d'agitation inhabituel 3 : Même signe que 1 ou 2 avec mimique douloureuse 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs</p>																				
<p>ITEM 10 : Attitude antalgique spontanée (recherche active d'une posture inhabituelle qui semble soulager) ou repérée par le soignant 0 : Position de confort habituelle 1 : Semble moins à l'aise dans cette posture 2 : Certaines postures ne sont plus tolérées 3 : Soulagé par une posture inhabituelle 4 : Aucune posture ne semble soulager Cet ITEM est non pertinent chez le sujet incapable de contrôler sa posture</p>																				
TOTAL																				

Figure 23 : Echelle San Salvador (194)

ANNEXE VII – L'échelle Douleur Enfant Gustave Roussy (DEGR)

Cette échelle est destinée aux enfants cancéreux de 9 mois à 10 ans. Elle évalue des douleurs dites «prolongées». Elle contient 10 items qui vont étudier les plaintes ainsi que les comportements de l'enfant sur une période de 4 heures, ce qui demande une certaine rigueur du soignant. Le score est compris entre 0 et 40. Au-delà d'un score de 10 le patient nécessite un traitement antalgique (195).

ECHELLE DOULEUR ENFANT GUSTAVE ROUSSY®

ITEM 1 : POSITION ANTALGIQUE AU REPOS

Spontanément l'enfant évite une position ou bien s'installe dans une posture particulière, malgré une certaine gêne, pour soulager la tension d'une zone douloureuse. A évaluer lorsque l'enfant est SANS ACTIVITE PHYSIQUE, allongé ou assis. A NE PAS CONFONDRE avec l'attitude antalgique dans le mouvement.

COTATION :

- 0 : Absence de position antalgique : l'enfant peut se mettre n'importe comment.
- 1 : L'enfant semble éviter certaines positions.
- 2 : L'enfant EVITE certaines positions mais n'en paraît pas gêné.
- 3 : L'enfant CHOISIT une position antalgique évidente qui lui apporte un certain soulagement.
- 4 : L'enfant recherche sans succès une position antalgique et n'arrive pas à être bien installé.

ITEM 2 : MANQUE D'EXPRESSIVITE

Concerne la capacité de l'enfant à ressentir et à exprimer sentiments et émotions, par son visage, son regard et les inflexions de sa voix. A étudier alors que l'enfant aurait des raisons de s'animer (jeux, repas, discussion).

COTATION :

- 0 : L'enfant est vif, dynamique, avec un visage animé.
- 1 : L'enfant paraît un peu terne, éteint.
- 2 : Au moins un des signes suivants :
 - traits du visage peu expressifs, regard morne, voix marmonnée et monotone, débit verbal lent.
- 3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.
- 4 : Visage figé, comme agrandi. Regard vide. Parle avec effort.

ITEM 3 : PROTECTION SPONTANEE DES ZONES DOULOUREUSES

En permanence l'enfant est attentif à éviter un contact sur la zone douloureuse.

COTATION

- 0 : L'enfant ne montre aucun souci de se protéger.
- 1 : L'enfant évite les heurts violents.
- 2 : L'enfant protège son corps, en évitant et en écartant ce qui pourrait le toucher.
- 3 : L'enfant se préoccupe visiblement de limiter tout attouchement d'une région de son corps.
- 4 : Toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte.

ITEM 4 : PLAINTES SOMATIQUES

Cet item concerne la façon dont l'enfant a dit qu'il avait mal, spontanément ou à l'interrogatoire, pendant les temps d'observation.

COTATION :

- 0 : Pas de plainte : l'enfant n'a pas dit qu'il a mal.
- 1 : Plaintes "neutres" :
 - sans expression affective (dit en passant "j'ai mal").

fixer son attention et est capable de se distraire.

- 1 : L'enfant s'intéresse à son environnement, mais sans enthousiasme.
- 2 : L'enfant s'ennuie facilement, mais peut être stimulé.
- 3 : L'enfant se traîne, incapable de jouer. Il regarde passivement.
- 4 : L'enfant est apathique et indifférent à tout.

ITEM 7 : CONTROLE EXERCE PAR L'ENFANT QUAND ON LE MOBILISE (mobilisation passive).

L'enfant que l'on doit remuer pour une raison banale (bain, repas) surveille le geste, donne un conseil, arrête la main ou la tient).

COTATION :

- 0 : L'enfant se laisse mobiliser sans y accorder d'attention particulière.
- 1 : L'enfant a un regard attentif quand on le mobilise.
- 2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre qu'il faut faire attention en le remuant.
- 3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant retient de la main ou guide les gestes du soignant.
- 4 : L'enfant s'oppose à toute initiative du soignant ou obtient qu'aucun geste ne soit fait sans son accord.

ITEM 8 : LOCALISATION DE ZONES DOULOUREUSES PAR L'ENFANT

Spontanément ou à l'interrogatoire, l'enfant localise sa douleur.

COTATION :

- 0 : Pas de localisation : à aucun moment l'enfant ne désigne une partie de son corps comme gênante.
- 1 : L'enfant signale, UNIQUEMENT VERBALEMENT, une sensation pénible dans une région VAGUE sans autre précision.
- 2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre avec un geste vague cette région.
- 3 : L'enfant désigne avec la main une région douloureuse précise.
- 4 : En plus de la COTATION 3, l'enfant décrit, d'une manière assurée et précise, le siège de sa douleur.

ITEM 9 : REACTIONS A L'EXAMEN DES ZONES DOULOUREUSES.

L'examen de la zone douloureuse déclenche chez l'enfant un mouvement de défense, ou de retrait, et des réactions émotionnelles. Ne noter que les réactions provoquées par l'examen, et NON CELLES PRE-EXISTANTES A L'EXAMEN.

COTATION :

- 0 : Aucune réaction déclenchée par l'examen.
- 1 : L'enfant manifeste, juste au moment où on l'examine, une certaine réticence.
- 2 : Lors de l'examen, on note au moins un de ces signes : raideur de la zone examinée, crispation du visage, pleurs brusques, blocage respiratoire.
- 3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant change de couleur, transpire, geint ou cherche à arrêter l'examen.
- 4 : L'examen de la région douloureuse est quasiment impossible, en raison des réactions de l'enfant.

- et sans effort pour le dire (ne se dérange pas exprès).
- 2 : Au moins un des signes suivants :
 - a suscité la question "qu'est-ce que tu as, tu as mal ?".
 - voix geignarde pour dire qu'il a mal.
 - mimique expressive accompagnant la plainte.
- 3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant :
 - a attiré l'attention pour dire qu'il a mal.
 - a demandé un médicament.
- 4 : C'est au milieu de gémissements, sanglots ou supplications que l'enfant dit qu'il a mal.

ITEM 5 : ATTITUDE ANTALGIQUE DANS LE MOUVEMENT
 Spontanément, l'enfant évite la mobilisation, ou l'utilisation d'une partie de son corps. A rechercher au cours d'ENCHAINEMENTS DE MOUVEMENTS (ex : la marche) éventuellement sollicités. A NE PAS CONFONDRE avec la lenteur et rareté des mouvements.

- COTATION :**
- 0 : L'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps. Ses mouvements sont souples et aisés.
 - 1 : L'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains de ses mouvements.
 - 2 : L'enfant prend des précautions pour certains gestes.
 - 3 : L'enfant évite nettement de faire certains gestes. Il se mobilise avec prudence et attention.
 - 4 : L'enfant doit être aidé, pour lui éviter des mouvements trop pénibles.

ITEM 6 : DESINTERET POUR LE MONDE EXTERIEUR
 Concerne l'énergie disponible pour entrer en relation avec le monde environnant.

- COTATION :**
- 0 : L'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement, peut

ITEM 10 : LENTEUR ET RARETE DES MOUVEMENTS

Les mouvements de l'enfant sont lents, peu amples et un peu rigides, même à distance de la zone douloureuse. Le tronc et les grosses articulations sont particulièrement immobiles. A comparer avec l'activité gestuelle habituelle d'un enfant de cet âge.

- COTATION :**
- 0 : Les mouvements de l'enfant sont larges, vifs, rapides, variés, et lui apportent un certain plaisir.
 - 1 : L'enfant est un peu lent, et bouge sans entrain.
 - 2 : Un des signes suivants :
 - latence du geste.
 - mouvements restreints.
 - gestes lents.
 - initiatives motrices rares.
 - 3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.
 - 4 : L'enfant est comme figé, alors que rien ne l'empêche de bouger.

SCORE = /40

Sous-scores :

Signes Directs de Douleur : 1 + 3 + 5 + 7 + 9 =

Expression Volontaire de Douleur : 4 + 8 =

Atonie Psycho Motrice : 2 + 6 + 10 =

Gauvain-Piquard A., Rodary C., Lemerle J.

Une échelle d'évaluation de la douleur du jeune enfant. *Journées parisiennes de pédiatrie*, 1991: 95-100

Gauvain-Piquard A., Rodary C., Rezvani A., Serbouti S.

Development of the DEGR : a scale to assess pain in young children with cancer. *Eur J Pain*, 1999, 3: 165-176

Figure 24 : Echelle DEGR (195)

ANNEXE VIII – L'échelle Doloplus

L'échelle DOLOPLUS est surtout destinée aux sujets âgés possédants des troubles de communication. Elle permet d'évaluer les douleurs chroniques (196).

Cette échelle met en évidence trois notions avec le retentissement somatique, psychomoteur et psychosocial. Dans chacune de ces classes, il y a au total dix items qui sont évoqués tels que les mouvements, la communication ou encore les plaintes. Les items sont divisés en quatre niveaux progressifs ayant chacun un chiffre allant de zéro à trois. Le score final peut aller de zéro à trente. Le patient est considéré douloureux lorsque le score obtenu est égal ou supérieur à cinq (196).

Il est recommandé lors de la réalisation de l'évaluation de faire intervenir plusieurs soignants, afin d'obtenir un score le plus fiable possible. D'autre part, l'entourage du patient peut intervenir lors de l'utilisation de l'échelle DOLOPLUS (196).

Il est important de réaliser cette évaluation dès le premier jour dans le service afin d'avoir une base. Elle doit être réitérée de manière quotidienne jusqu'à l'obtention du soulagement de la douleur chez le patient (196).

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM :	Prénom :	DATES			
Service :					
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6 • Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8 • Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
SCORE					

COPYRIGHT


Figure 25 : Echelle DOLOPLUS (197)

ANNEXE IX – L'échelle AlgoPlus

L'échelle ALGOPLUS est à la base plus orientée pour les patients âgés ayant des difficultés de communication. Néanmoins elle peut être employée chez les adultes possédants des troubles de communication. Cette échelle est destinée à évaluer les douleurs aiguës mais aussi les accès douloureux (198).

L'évaluation est réalisée par une personne autre que le patient lui-même. L'ALGOPLUS comporte cinq catégories, qui sont le visage, le regard, les plaintes, le corps et le comportement. Dans chaque classe plusieurs termes y sont regroupés comme dans l'item visage avec mâchoire serrée, froncements des sourcils, Le soignant qui évalue et qui observe au moins l'un de ces signes, doit cocher « oui ». Un « oui » équivaut à un point, le score final peut être alors de cinq. Lorsque le soignant obtient une note égale ou supérieure à deux, il peut être considéré que le patient n'est pas soulagé de sa douleur (198).

Cette méthode permet d'obtenir une sensibilité de 87%, ce qui est correcte et une spécificité de 80%. Cependant, il est toujours important que le soignant ne prenne pas en compte ses propres a priori et ainsi il doit éviter d'interpréter de manière trop subjective (198).



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heurehhhhhh						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes												
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements												
Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5						
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

Figure 26 : Echelle ALGOPLUS (199)

ANNEXE X – L'échelle DN4

La Douleur Neuropathique en 4 questions (DN4) est une évaluation plus spécifique. Elle est composée de quatre questions qui se découpent en 10 items. Le patient répond à chaque item par :

- Oui pour un score de 1
- Non pour un score de 0

Le résultat final sera compris entre 0 et 10. Pour l'interprétation, si le score est égal ou supérieur à 4, cela signifie que la douleur ressentie a une part neuropathique (78).

Question 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?		
	Oui	Non
1. Brûlure		
2. Sensation de froid douloureux		
3. Décharges électriques		
Question 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?		
	Oui	Non
4. Fourmillements		
5. Picotements		
6. Engourdissement		
7. Démangeaisons		
Question 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :		
	Oui	Non
8. Hypoesthésie au test		
9. Hypoesthésie à la piqûre		
Question 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :		
	Oui	Non
10. Le frottement		

Figure 27 : Questionnaire DN4 (78) (200)

ANNEXE XI - L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression)

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)		9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	
- La plupart du temps	3	- Jamais	0
- Souvent	2	- Parfois	1
- De temps en temps	1	- Assez souvent	2
- Jamais	0	- Très souvent	3
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois		10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	
- Oui, tout autant	0	- Plus du tout	3
- Pas autant	1	- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais	2
- Un peu seulement	2	- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	1
- Presque plus	3	- J'y prête autant d'attention que par le passé	0
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	
- Oui, très nettement	3	- Oui, c'est tout à fait le cas	3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave	2	- Un peu	2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1	- Pas tellement	1
- Pas du tout	0	- Pas du tout	0
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses		12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	
- Autant que par le passé	0	- Autant qu'avant	0
- Plus autant qu'avant	1	- Un peu moins qu'avant	1
- Vraiment moins qu'avant	2	- Bien moins qu'avant	2
- Plus du tout	3	- Presque jamais	3
5. Je me fais du souci		13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	
- Très souvent	3	- Vraiment très souvent	3
- Assez souvent	2	- Assez souvent	2
- Occasionnellement	1	- Pas très souvent	1
- Très occasionnellement	0	- Jamais	0
6. Je suis de bonne humeur		14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	
- Jamais	3	- Souvent	0
- Rarement	2	- Parfois	1
- Assez souvent	1	- Rarement	2
- La plupart du temps	0	- Très rarement	3
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)			
- Oui, quoi qu'il arrive	0		
- Oui, en général	1		
- Rarement	2		
- Jamais	3		
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti			
- Presque toujours	3		
- Très souvent	2		
- Parfois	1		
- Jamais	0		

Figure 28 : Echelle HAD (201)

Pour obtenir les scores des deux composantes étudiées, il faut faire différentes additions (201):

- Score pour la l'anxiété : items 1 + 3 + 5 + 7 + 9 + 11 + 13
- Score pour la dépression : items 2 + 4 + 6 + 8 + 10 + 12 + 14

L'interprétation se fait en fonction des scores obtenus (201):

- Lorsque les scores pour les deux composantes sont inférieurs à 7 le patient ne présente pas de symptômes de dépression ni d'anxiété.
- Lorsque les scores sont compris entre 8 et 10, le soignant peut émettre un doute sur la présence ou non d'anxiété et de dépression. Le patient sera alors davantage surveillé.
- Lorsque les scores sont supérieurs à 11 le patient est dit anxieux et dépressif, un traitement sera mis en place.
- Il est possible que les deux composantes n'obtiennent pas les mêmes scores et donc la même interprétation.

L'histoire de la prise en charge globale de la douleur en France et le cas particulier en réanimation

RÉSUMÉ

La Douleur est un sujet très vaste. De nombreux scientifiques ont essayé depuis l'Antiquité de remédier à ce fléau, arrivant parfois à des innovations comme à des échecs thérapeutiques ou humains.

L'évolution de la prise en charge de la douleur aux cours des siècles est relatée pour arriver à notre époque. De nombreux problèmes et questions sont soulevés entre autres vis à vis des différentes législations entre les pays dont la France.

La réanimation, qui est un service très particulier, possède une prise en charge de la douleur bien unique. Les anesthésistes-réanimateurs sont parfois devant des dilemmes non connus par les autres praticiens. En effet, ils sont face à des patients dans le coma, où la communication est réduite à néant. Ce service montre les difficultés dans la prise en charge de la douleur. J'ai réalisé en 2014 une enquête, dans le service de réanimation de Laval, à propos de l'ensemble des soins douloureux. Le but était d'observer les failles de la prise en charge de la douleur afin d'améliorer cette dernière.

Dans ce travail, sont également évoqués les différents moyens qui se développent actuellement dans le but de progresser dans la lutte contre la douleur, mais aussi des perspectives parfois mises de côté ou insuffisamment mises en avant.

Il est important de rappeler que la prise en charge de la douleur nous concerne tous que ce soit en tant que professionnel de santé, patient ou encore en tant que soutien familiale ou social.

Mots-clés : Douleur – Histoire – Réanimation – Complexité – Évaluation – Plans – Formation – Structures spécialisées – Coût

History of the pain management in France and the particular case in Intensive Care Unit (ICU)

ABSTRACT

Pain is a very broad topic. Since time began, scientists have been trying to cure this ancient scourge, finding both innovation and failure in equal measure along the way.

This thesis will recount the evolution of pain management over the centuries to the present day. Numerous problems and questions will be raised, including the different legal frameworks that exist both between countries and within France.

Resuscitation, a very specialised area, has its own unique pain management system. Anaesthetists are often faced with challenges unknown to other practitioners. Notably they are confronted with comatose patients where communication is reduced to zero. This specialty illustrates the difficulties of pain management. In 2014, I carried out a survey at the ICU in Laval on the holistic process of pain management. The objective was to observe and identify any shortcomings with the aim of improving the process.

This research also looks at the different methods that are currently being developed in order to advance the fight against pain, but also draws attention to some schools of thought that have previously been ignored or inadequately advanced.

It is important to keep in mind that the treatment of pain affects us all, regardless of whether we are healthcare professional, patient, family member or social support.

Keywords : Pain – History – Resuscitation – Complexity – Evaluation – Plans – Education – Specialized structures – Costs