Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2010-2011 **N°**

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Bruno BRANDONE

Né le 08 février 1976 à Sainte-Adresse

Présentée et soutenue publiquement le 31 octobre 2011

TITRE

AVIS DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA CHARTE CONTRE LA DOULEUR (C.C.L.D.)

Jury

Président de Jury : **Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie**
Membres du jury : **Monsieur le Professeur BINET Christian**
Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain
Monsieur le Docteur TAJFEL Pierre, directeur de thèse

FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS

1er Février 2011

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN
Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERAL
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Jacques LANSAC
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER
G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN - J. MOLINE

Cl. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	AUTRET Alain	Neurologie
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique et Médecine nucléaire
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale

Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBERT Michel	Chirurgie Infantile
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	HUAS Dominique	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
MM.	POTIER Alain	Médecine Générale
	TEIXEIRA Mauro	Immunologie

PROFESSEUR détaché auprès de l'Ambassade de France à Washington pour exercer les fonctions de Conseiller pour les affaires sociales

M.	DRUCKER Jacques	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - **PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie

Mmes	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
	BRECHOT Marie-Claude	Biochimie et Biologie moléculaire
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DUONG Thanh Haï	Parasitologie et Mycologie
Mmes	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie , transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mme	MICHEL–ADDE Christine	Pédiatrie
M.M	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
Mme	VALAT Chantal	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M.M.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE

M	DIABANGOUAYA Célestin	Anglais

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
M.	MALLET Donatien	Praticien Hospitalier.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

RESUME

Objectifs : Etudier l'avis des médecins généralistes sur la Charte Contre La Douleur (C.C.L.D.) et leurs intentions vis-à-vis de celle-ci.

Méthodologie : Enquête descriptive, qualitative, réalisée par entretien semi-dirigé auprès de vingt-trois médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet ou en activité de type S.O.S. Médecins. Le temps n'est pas chronométré et la C.C.L.D. est relue au préalable. La charte est évaluée dans sa globalité mais également article par article selon trois critères : pertinence, utilité, applicabilité.

Principaux résultats : 95,7 % des médecins généralistes répondants ont un avis favorable sur la C.C.L.D. 91,3% comptent l'appliquer et 65,2 % comptent la recommander à leurs confrères. Les dix-huit articles de la C.C.L.D. sont pertinents et utiles. Seul l'article N° 9 de la charte n'est pas validé car jugé non applicable.

Conclusion : La prise en charge de la douleur en médecine générale devrait bénéficier favorablement de l'application de la C.C.L.D. Intégrer la C.C.L.D. dans le bagage culturel de tout médecin en généralisant son enseignement à la faculté, son affichage dans tout poste de soins et sa diffusion auprès des malades aussi.

MOTS CLES

- Douleur
- Charte
- Médecine Générale
- Recommandations
- améliorations

OPINION OF GENERAL PRACTITIONERS ABOUT THE CHARTER AGAINST THE PAIN (C.A.T.P.)

SUMMARY

Objectives : study the opinion of general practitioners about the Charter Against The Pain (C.A.T.P.) and their intentions on it.

Methodology : Descriptive and qualitative inquiry made by half-supervised interviews of twenty-three liberal general practitioners working in office or in S.O.S. Medical type activity. The duration is not timed and the C.A.T.P. is read once again before. The charter is rated globally and article by article trough three items: pertinence, utility and applicability.

Main results : 95,7 % of answering general practitioners have a favourable opinion about the C.A.T.P., 91,3% intend to apply it and 65,2% intend to recommend it to their colleagues. The eighteen articles of the C.A.T.P. are pertinent and useful. Only the ninth article of the charter isn't ratified because considered as non applicable.

Conclusion : Pain management in general practice should favourably profit from the application of the C.A.T.P. Integrate the C.A.T.P. in the background of each doctor by generalizing its learning at the faculty, its posting in every medical care post and its spreading towards the patients too.

KEY WORDS

- Pain
- Charter
- General practice
- Recommendations
- Improvements

Cette thèse a été préparée avec le concours de :

Unité Douleur
Hopital Mignot – Centre Hospitalier de Versailles
177, rue de Versailles
78150 LE CHESNAY

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Vous me faites l'honneur d'être la présidente de cette thèse. Soyez en remerciée et assurée de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Christian BINET

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en participant au jury de cette thèse. Veuillez croire en l'assurance de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en participant au jury de cette thèse. Veuillez croire en l'assurance de ma sincère gratitude

A Monsieur le Docteur Pierre TAJFEL

Vous m'avez proposé ce sujet et aidé dans sa réalisation. Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Veuillez accepter l'expression de toute ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS POUR LA REALISATION DE LA THESE

Cette thèse est dédiée à mes parents, ma grand-mère et mon frère qui m'ont toujours poussé et encouragé dans mes études avec bienveillance. Cette thèse est le fruit du soutien et des conseils avisés qu'ils m'ont prodigué.

Je tiens à remercier le directeur de cette thèse, Monsieur le Docteur Pierre TAJFEL, pour m'avoir fait confiance pour réaliser cette étude à ses cotés, puis m'avoir guidé, encouragé, conseillé. Je le remercie sincèrement pour sa disponibilité, sa patience et son humeur toujours égale.

Je tiens également à remercier Monsieur Claude BENAYOUN, pour sa précieuse contribution dans ma compréhension des chartes.

Je remercie tous ceux sans qui cette thèse ne serait pas ce qu'elle est, aussi bien par les discussions que j'ai eu la chance d'avoir avec eux, que par leurs suggestions ou contributions. Je pense en particulier à Antonin, Camille, Guillaume, Julien, Karim, Loïc, Luj, Xavier et Yannis.

Enfin, pour tes encouragements, ta confiance sans faille en moi et ton assistance aussi bien matérielle que morale qui m'a permis de réaliser cette thèse dans de bonnes conditions, je te remercie Moufette, sans oublier Miss Ling. Jamais je n'aurais pu rêver plus bel amour que celui que tu me donnes. Cette thèse est pour toi.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES……....16

I. INTRODUCTION 17

II. JUSTIFICATION.....18
A. Comprendre la douleur 18
1. La douleur, définitions 18
a) Définitions classiques 18
b) Définition de l'I.A.S.P. 18
2. Les grands types de douleurs..... 19
a) Les mécanismes de la douleur 19
b) Les composantes de la douleur 20
c) L'évolutivité de la douleur..... 20
3. Les voies de la douleur 21
a) La stimulation périphérique 21
b) Propagation de l'influx douloureux 21
c) Contrôle et modulation de la douleur..... 23
(1) La théorie du « Gate Control » 23
(2) Le bulbe Rachidien..... 23
(3) Le contrôle cortical..... 23
4. Le cerveau et la douleur..... 24
5. Les composantes psychologiques de la douleur 25
a) Le processus cognitif 25
b) La composante affectivo-émotionnelle..... 25
c) La composante comportementale 26
B. Comprendre le patient douloureux 26
1. Les facteurs psycho-sociaux..... 26
2. Les douleurs sine materiae..... 27
3. Les terrains propices à la douleur..... 28
a) Dépression..... 28
b) Les douleurs de l'enfant..... 28
c) Les douleurs de la personne âgée..... 29
d) La douleur en fin de vie 29
e) La douleur et la précarité 30
(1) Le chômeur..... 30
(2) Le migrant..... 30
(3) Les malades atteints de pathologies psychiatriques 30
(4) Les sans domicile fixe 31
4. Problèmes douloureux controversés..... 32
a) La fibromyalgie..... 32
b) Les douleurs psychogènes..... 33
c) Hypersensibilité électromagnétique..... 33
C. Evaluer et traiter la douleur..... 33
1. L'évaluation de la douleur..... 33
a) Auto-évaluation..... 33
(1) Outils unidimensionnels 34
(2) Outils pluridimensionnels..... 35
b) Hétéro-évaluation..... 36
c) L'évaluation de la douleur en pédiatrie 36

2. Les thérapeutiques antalgiques 39
a) Les médicaments de la douleur 39
(1) Les paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) 40
(2) Les co-analgésiques 41
(3) L'analgésie inhalée 42
(4) Les anesthésies locales 42
(5) Les techniques d'anesthésie 42
b) Les thérapeutiques non-médicamenteuses 43
(1) L'effet placebo 43
(2) La neurostimulation 43
(3) Acupuncture et traitement de la douleur 44
c) Aide psychologique et psychothérapie 44
D. Etat des lieux de la douleur en France 45
1. Les français et la douleur 45
a) Une majorité de français concernés par la douleur 45
b) Les principales causes de douleur 45
c) La prise en charge de la douleur 47
(1) Un recours fréquent aux professionnels de santé 47
(2) Le soulagement de la douleur 47
d) Les professionnels les plus fréquemment consultés 47
e) La prescription de médicaments antalgiques en France 47
2. Textes législatifs sur l'obligation de soulager la douleur en France 48
a) Les textes juridiques relatifs à l'obligation de soulager la douleur en France 49
b) L'obligation de la prise en charge de la douleur 50
c) L'apport de la C.C.L.D. dans un contexte juridique diversifié et contraignant 51
3. Des progrès restent à faire 51
4. Conclusion 52
E. Pourquoi la Charte Contre La Douleur (C.C.L.D.) ? 53
1. Les chartes au secours de la société 53
a) Qu'est-ce qu'une charte ? 53
(1) Définitions 53
(2) Principes de la charte 54
b) Valeur juridique des chartes 55
c) Exemples de chartes 56
d) Impact des chartes sur la pratique médicale 57
(1) Les chartes sur le front de la dignité 57
(2) Les chartes au secours du handicap. 58
(3) Chartes au nom de la défense de la médecine libérale 58
2. Présentation de la C.C.L.D. 59
a) Un document citoyen 59
b) Un travail pluridisciplinaire 59
c) Le texte de la C.C.L.D. 60
3. Objectifs de la C.C.L.D. 62
a) Vers un changement des mentalités 62
b) L'intérêt des patients doit primer 63
c) La Déclaration de Montréal du 03 Septembre 2010 63

III. L'ENQUÊTE, MATERIEL ET METHODE.....64
A. Type de l'étude 64
B. Approbation éthique 64
C. Les médecins répondants 64
D. Protocole 64
E. Critères d'inclusion 65
F. Critères d'exclusion 65

IV. RESULTATS 65
A. Démographie de la population sollicitée 65
1. Age et sexe ratio 65
2. Exercice de la profession de médecin généraliste 66
3. Année d'obtention de la thèse 66
4. Diplômes spécifiques 67
B. Opinion sur la C.C.L.D. 68
1. En globalité 68
2. Etude article par article 68
a) Définition des critères 68
b) Résultats 69
C. Intentions vis-à-vis de la C.C.L.D. 73
1. La C.C.L.D. un outil didactique 73
2. Changer les comportements 74
D. Approbation de la C.C.L.D. 75
V. DISCUSSION.....76
A. Difficultés et limites de l'étude 76
1. L'obtention des informations 76
2. Difficultés d'inclusion 76
3. La mise en place de l'enseignement douleur en 1995 76
B. Apport d'internet 77
C. Interprétation des résultats 78
1. En globalité 79
2. Etude article par article 79
D. Propositions pour l'avenir 82
1. Vers une harmonisation de l'enseignement de la douleur 82
2. Inclure la C.C.L.D. dans le bagage culturel de tout médecin 82
3. Afficher la C.C.L.D. dans tout lieu de soin 82

VI. CONCLUSION 83

BIBLIOGRAPHIE……....84

ANNEXES……..86

Liste des tableaux et figures :

Tableau I : Echelle D.E.G.R. simplifiée
Tableau II : Prescriptions des médecins généralistes dans un but antalgique
Tableau III : Exercice de la profession de médecin généraliste
Tableau IV : Qu'avez-vous pensé de cette charte ?
Tableau V : Que pensez-vous faire de la C.C.L.D. ?
Tableau VI : Si oui, en quoi ?

Figure 1 : Modèle pluridimensionnel de la douleur
Figure 2 : Les voies de la douleur
Figure 3 : Contrôle de la douleur au niveau médullaire
Figure 4 : Principaux points douloureux retrouvés chez les fibromyalgiques
Figure 5 : Exemple d'Echelle Verbale Simple
Figure 6 : Exemple d'Echelle Verbale Simple sur dix termes
Figure 7 : Exemple d'Echelle Numérique
Figure 8 : Exemple d'Echelle Visuelle Analogique
Figure 9 : Exemple d'E.V.A. adaptée à l'enfant de 6 à 10 ans.
Figure 10 : Exemple d'échelle des mimiques
Figure 11 : Classification des antalgiques tenant compte des trois niveaux de l'O.M.S
Figure 12 : Confrontation à la douleur
Figure 13 : Les principales causes de douleur
Figure 14 : Sexe ratio
Figure 15 : Année d'obtention de votre thèse
Figure 16 : Etes-vous titulaire d'un diplôme spécifique ?
Figure 17 : Cela va-t-il changer comportement face au patient douloureux ?
Figure 18 : Approuvez-vous la C.C.L.D. ?

I. INTRODUCTION

La douleur au sens large du terme a fait l'objet de trois plans gouvernementaux successifs visant à améliorer sa prise en charge. Ces procédures se sont avérées nécessaires pour perfectionner les pratiques des professions de santé françaises dans ce domaine. Et comment pouvait-il en être autrement puisque la douleur, notamment chronique qui touche en Europe environ 25% des patients douloureux, est pour eux, leurs proches, les systèmes de santé et la société toute entière, un véritable fléau, comme l'avait déjà signalé dans les années 80 le Professeur **John J. BONICA (1917-1994).** Formations, sensibilisation à la reconnaissance et à l'évaluation de la douleur puis à son traitement sont des chantiers importants pour faire admettre la souffrance inhérente à la douleur, phénomène immatériel et « virtuel pour celui qui ne la ressent pas » **(Florence MORILLE).**

Bien que des progrès aient été observés dans de nombreux domaines, tels que les douleurs du cancer, les douleurs postopératoires, la prescription des opioïdes en médecine générale, bon nombre d'établissements de santé et de praticiens libéraux n'accordent pas encore à la douleur et au patient douloureux, une attention suffisante [6]. Il est donc essentiel que les médecins en général, et les généralistes en particulier, adoptent les principes de l'apaisement de la douleur et pour cela y soient formés.

C'est pourquoi la **Charte Contre La Douleur (C.C.L.D.)** a été rédigée dans le but de sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé, dont les médecins généralistes aux moyens relationnels, médicaux, paramédicaux, psychologiques, sociaux, éthiques, organisationnels, administratifs…, pour soulager les patients douloureux.

Douleur légère ou intense, localisée ou diffuse, chronique ou aiguë, il existe autant de manifestations douloureuses que de malades. Il n'y a pas une panacée universelle ni de médicament idéal mais sans doute une prise en charge individuelle adaptée à la situation singulière de chaque patient, impatient d'être rapidement soulagé. Encore faut-il que le médecin s'intéresse à cet aspect de « son » malade, en écoutant simplement sa plainte. Sensibilisé et formé à la simple prise en compte de la douleur et à l'utilisation de l'arsenal thérapeutique, médicamenteux ou non, il contribuera à l'atténuation des douleurs de son semblable.

Dans un esprit à la fois professionnel et citoyen, nous souhaitons savoir si la C.C.L.D. est un outil adapté aux attentes des médecins généralistes pour progresser dans leur pratique quotidienne.

II. JUSTIFICATION

A. Comprendre la douleur

1. La douleur, définitions

a) Définitions classiques

- Petit Robert, édition 2007 : du latin *dolor*

1-douleur physique, sensation pénible en un point ou dans une région du corps

2-douleur morale, sentiment ou émotion pénible résultant de l'insatisfaction des tendances, des besoins.

- Dictionnaire des termes de médecine Garnier-Delamare, 30è édition, 2009 :

1-impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau (Littré).

2-en psychiatrie, douleur morale : inquiétude pénible et indéfinissable accaparant l'affectivité, symptôme essentiel de la mélancolie.

Exemples de qualificatifs de la douleur rencontrés en médecine : cordonale, erratique, exquise, fulgurante, gravatique, lancinante, morale, ostéoscope (ostéodynie), pongitive, pulsative, tensive, térébrante, tormineuse. Au pluriel, sensations pénibles qui accompagnent les contractions utérines pendant le travail de l'accouchement : conquassantes, expultrices, préparantes.

- Larousse des Synonymes, édition 1971 :

Algie, peine, souffrance, mal, amertume, crève-cœur, affliction, désolation, tribulation, croix (au figuré).

b) Définition de l'I.A.S.P.

Avant tout, la douleur est un phénomène subjectif, difficile à faire partager. La définition adoptée par l'International Association for the Study of Pain (I.A.S.P.) est la suivante : « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion ». Cette définition très large a aussi l'intérêt de légitimer l'existence de douleurs sans lésion et laisse poindre l'idée que la douleur est toujours un phénomène complexe où plusieurs dimensions sont à envisager.

C'est cette définition que nous retiendrons car, outre la dimension sensorielle nociceptive, elle reconnait à la douleur une dimension émotionnelle ainsi qu'une origine affective capable de s'associer à des degrés divers chez un malade donné [22]. Cette définition a le mérite de parfaitement prendre en compte le modèle pluridimensionnel de la douleur de F.Boureau qui, dès 1988, exposait dans un tableau récapitulatif simple toutes les facettes du patient douloureux [8].

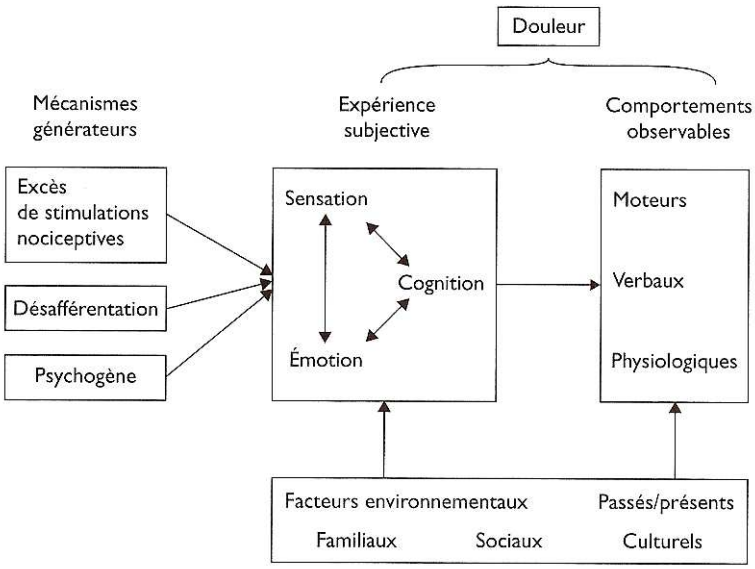

Figure 1 : Modèle pluridimensionnel de la douleur. (D'après Boureau F. *Pratique du traitement de la douleur*. Paris, Doin, 1988.)

2. Les grands types de douleurs

a) Les mécanismes de la douleur

Traditionnellement, on distingue trois grands mécanismes de douleur.

Les douleurs par excès de nociception : elles résultent de la stimulation de récepteurs périphériques à la douleur (les nocicepteurs) disséminés par millions dans la peau, les muscles, les articulations, les viscères. Lorsque ceux-ci sont activés par une lésion d'origine traumatique, inflammatoire, infectieuse ou autre, les informations sont transmises vers les structures centrales [20].

Les douleurs neuropathiques : elles résultent d'une lésion d'un ou plusieurs nerfs ou de leurs racines d'origine, ou encore du système nerveux central, après un accident vasculaire cérébral par exemple [20]. Il s'en suit un déséquilibre dans les systèmes de contrôle de la douleur [22] qui peut être de cinq ordres différents :

- A la suite d'une section, un bourgeon de régénération décharge des potentiels d'action et provoque une stimulation qui est perçue comme douloureuse ;
- Les lésions de la gaine de Schwann laissant l'axone à vif provoquent aussi des décharges ectopiques ;
- Les maladies du corps cellulaire du neurone, comme le zona, provoquent également des décharges à la fois centrifuges et centripètes ;
- La compression extrinsèque, qui est de loin la plus fréquente, est observée en clinique lors de la sciatique, la névralgie cervico-brachiale, les syndromes canalaires, les cancers compressifs… ;
- Une lésion des fibres sensitives impliquées dans la modulation de la transmission du message nociceptif (fibres A *beta*) qui prive la zone dénervée, désafférentée, de cette modulation. C'est la Théorie du « Gate Control ».

Les douleurs psychogènes : douleurs dont l'origine physique a pu être exclue par l'examen clinique et les examens complémentaires, mais où l'examen psychologique montre des modifications susceptibles de générer un phénomène douloureux. Elles ont autant de réalité que les autres mais sans lésions apparente. Elles reposent sur des mécanismes différents, dominés par des perturbations psychologiques (dépression, anxiété endogène, hypochondrie, conversion hystérique…) [19].

Il est évident que plusieurs mécanismes peuvent être intriqués et la distinction entre douleur nociceptive et neuropathique n'est pas toujours facile. Ceci tend à montrer les limites de cette classification [9].

b) Les composantes de la douleur

La composante sensorielle : elle correspond au décodage sensori-discriminatif du message douloureux par le système nerveux : localisation, intensité, qualité, durée [13].

La composante affective et émotionnelle : la douleur revêt une tonalité pénible, désagréable, parfois insupportable [13]. Dans certains cas, elle peut susciter des réactions affectives élaborées telles que de l'anxiété, par exemple une douleur thoracique faisant craindre un infarctus du myocarde en voie de constitution, voire un état dépressif caractérisé, en particulier lors d'une douleur chronique.

La composante cognitive : elle concerne l'ensemble des processus influençant la perception de la douleur, en intégrant tout ce que le patient peut savoir, penser, imaginer ou croire quant à l'origine de sa douleur et ses conséquences [13]. La mémoire de certaines situations douloureuses vécues par le patient ou son entourage peut également interférer avec la perception de sa douleur.

c) L'évolutivité de la douleur

La douleur aigüe : c'est un signal d'alarme utile et protecteur. Elle est généralement de courte durée, correspondant le plus souvent à une cause unique et disparaissant avec le traitement de celle-ci. Elle est génératrice d'anxiété lorsque les épisodes se répètent (coliques néphrétiques, coliques hépatiques…) et lorsque l'origine est ignorée par le patient.

La douleur chronique : douleur qui dure au-delà des délais habituels de guérison, en pratique de trois à six mois, évoluant indépendamment de la cause initiale qui a pu en être à l'origine. Elle n'est en aucun cas un signal d'alarme utile et peut à terme devenir destructrice pour celui qui en souffre en mettant en jeu des mécanismes variés : lésions initiales séquellaires, perturbations psychologiques, troubles relationnels, désinsertion sociale et professionnelle, dépression…

3. Les voies de la douleur

a) La stimulation périphérique

Le stimulus nociceptif (*nocere* : nuire en latin) peur être activé par plusieurs formes d'énergie (mécanique, électrique, thermique, chimique etc.) dont le caractère commun est une intensité suffisante pour constituer une menace pour l'intégrité corporelle. Si le stimulus nociceptif déclenche une perception douloureuse, il est qualifié d'algogène. S'il est nocif, il provoquera en plus une lésion responsable d'une réaction inflammatoire [15].

Ces mécanismes périphériques impliquent des médiateurs capables d'activer ou de sensibiliser les nocicepteurs et d'entretenir la réaction inflammatoire. Ils ont deux origines :

- Soit une origine purement périphérique, plasmatique ou cellulaire : ce sont les médiateurs classiquement impliqués dans les réactions inflammatoires : histamine, sérotonine, bradykinine, prostaglandines, cytokines, nerve growth factor, adénosine, ATP, les ions H+. Les prostaglandines ont un rôle sensibilisateur, c'est-à-dire qu'elles rendent le nocicepteur plus réactif aux substances algogènes [18].

- Soit une origine neuronale à partir des fibres afférentes primaires par une libération de neuropeptides (le reflexe d'axone) ou à partir des fibres du système nerveux sympathique [11] : ces neuropeptides (substance P, neurokinine A, CGRP, etc.) lorsqu'ils sont libérés en périphérie sont responsables d'une inflammation neurogène. C'est le reflex d'axone qui va s'étendre aux tissus sains adjacents. La substance P provoque une dégranulation mastocytaire, une libération d'histamine et de sérotonine in situ ainsi qu'à la périphérie de la lésion initiale.

b) Propagation de l'influx douloureux

La stimulation des nocicepteurs engendre un potentiel d'action dans les fibres nociceptives qui se propage le long des nerfs et des racines nerveuses. Celles-ci se terminant dans le tractus de Lissauer au niveau des couches I et V [15] de la corne postérieure de la moelle épinière. Il s'agit du premier neurone périphérique [12]. A partir de cette corne postérieure s'établit une connexion avec un deuxième neurone dit spinothalamique [12] car véhiculant l'influx nociceptif de la moelle vers le thalamus « relai des sensations ». Cette zone complexe du cerveau reçoit des influx d'origines topographiques diverses et de qualités différentes [19]. A partir du thalamus, une connexion s'établit avec le troisième neurone dit thalamocortical [12], réunissant le thalamus et les différentes régions du cerveau impliquées dans la perception de la douleur.

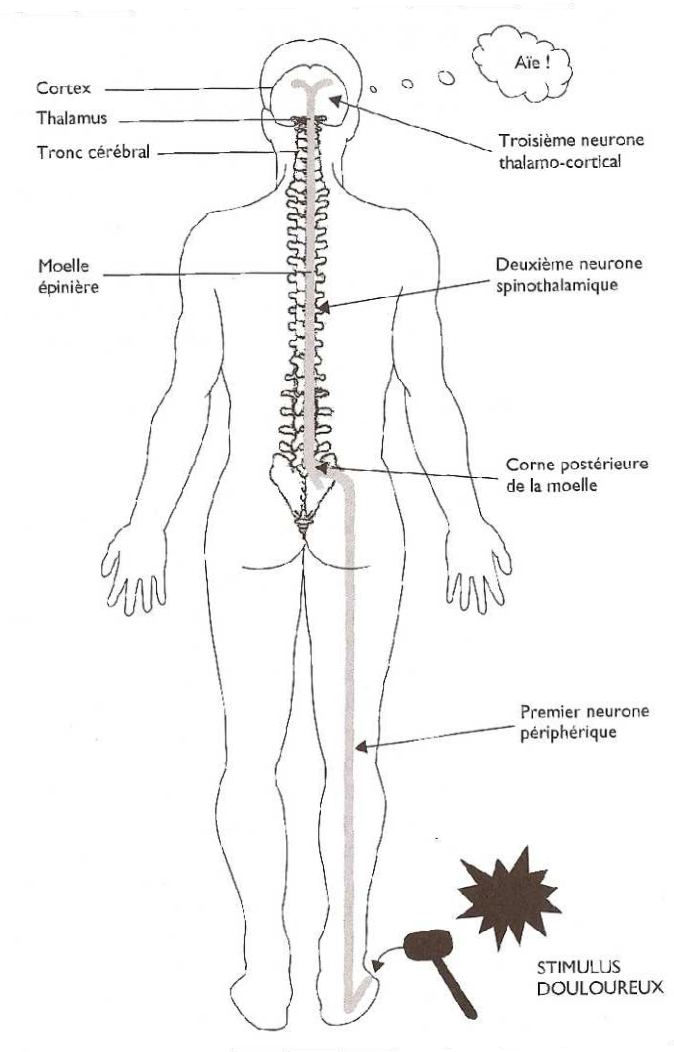

Figure 2 : Les voies de la douleur. (D'après Ginies P. *Atlas de la douleur*. Paris, Houdé, LEN Médical, 1999, p.11.)

Certaines fibres se terminent dans la zone du cortex pariétal somesthésique, zone sensitive du cerveau, en arrière des zones motrices et représentant le schéma corporel somatotopique. C'est à ce niveau que le message douloureux parti de la périphérie est décodé dans sa dimension topographique et ses caractéristiques qualitatives. D'autres fibres partant du thalamus se projettent sur le cortex limbique, à la face interne des lobes frontaux et temporaux, zone impliquée dans les réactions émotionnelles de la douleur, son intensité…

Ces influx douloureux sont véhiculés par des fibres nerveuses de petit diamètre sans gaine de myéline (fibres C) ou faiblement myélinisées (fibres A *delta*). La myéline, tout en ayant le rôle d'isolant électrique, augmente la vitesse de propagation de l'influx nerveux. L'influx douloureux véhiculé par ces fibres non ou faiblement myélinisées se propage donc relativement lentement par rapport aux sensations tactiles prises en charge par les fibres A *beta* [12] véhiculant le tact à la moindre stimulation (effleurement par exemple). Pour mémoire, on rappelle que les fibres A *alpha* sont motrices efférentes centrifuges et non pas sensitives.

c) Contrôle et modulation de la douleur

(1) La théorie du « Gate Control »

Elaborée dès 1965 par P. Wall et R. Melzack, cette théorie permet d'expliquer un contrôle médullaire de la douleur par une stimulation tactile (le frottement). Schématiquement, les fibres C et A *delta* à conduction lente véhiculant les influx douloureux et les grosses fibres A *beta*, bien myélinisées, à conduction rapide et transmettant les sensations non douloureuses (tact, froid, chaleur modérée…) aboutissent toutes au niveau de la corne postérieure dans les couches I et V [15]. Selon cette théorie, la stimulation des grosses fibres A *beta* par des messages non douloureux bloque au niveau médullaire les neurones nociceptifs de la couche V et freine la transmission du message douloureux des premiers neurones A *delta* et C au deuxième neurone spino-thalamique par la fermeture du portillon (« gate » en anglais) [14].

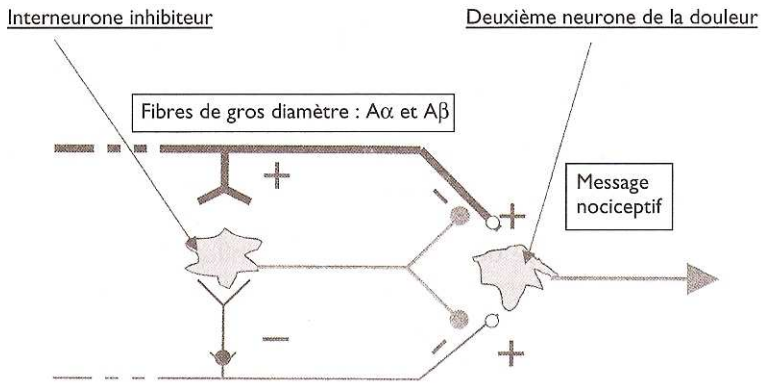

Figure 3 : Contrôle de la douleur au niveau médullaire. (D'après Melzack R.,Wall PD. L'infirmière et la douleur, 3ème éd. Rueil-Malmaison, Institut UPSA de la douleur, 1988.)

(2) Le bulbe Rachidien

Le bulbe rachidien est le point de départ des Contrôles Inhibiteurs Descendants diffus Nociceptifs (C.I.D.N.). Ces zones sont particulièrement riches en sérotonine, noradrénaline et morphines endogènes (enképhalines et endorphines), substances jouant un rôle majeur dans l'inhibition du message douloureux, aussi bien au niveau de la corne postérieure de la moelle qu'au niveau cérébral.

(3) Le contrôle cortical

Les contrôles du cortex cérébral sont moins bien connus. Notre organisme a souvent des systèmes antagonistes pour des phénomènes agonistes, assimilables aux mécanismes de biofeedback. Lorsqu'il y a une douleur, il y a aussi une sécrétion d'endorphine par certaines zones du cerveau, notamment la région grise périaqueducale mais aussi la sécrétion de

sérotonine et de monoamine du raphé mingus et d'autres noyaux gris qui permettent d'atténuer cette sensation douloureuse nocive. Ils interviennent dans le contrôle inhibiteur de la transmission et de la perception de la douleur en modifiant les processus d'attention : la douleur est moins bien ressentie si l'attention est déviée sur une autre activité, le jeu en pédiatrie, le contrôle de la ventilation en obstétrique. Un choc émotionnel intense (explosion, agression…) peut inhiber totalement mais de façon transitoire la douleur.

Autre contrôle, le phénomène de priorisation se rencontre fréquemment dans le rugby ou les matchs de boxe où, grâce à un travail psychologique en amont, la douleur n'est guère perçue sur le moment car la priorité mentale est donnée à un objectif précis : la victoire et parfois la survie.

Les systèmes modulateurs de la douleur, qu'ils soient centraux ou périphériques, participent à l'équilibre de notre organisme. Ils contrôlent les stimulations nociceptives quotidiennes que nous avons tout naturellement ; par exemple en étant assis sur une chaise peu confortable de façon prolongée. Lorsque les stimulations nociceptives sont plus intenses que la puissance modulatrice des systèmes inhibiteurs, le message douloureux est transmis et on parle bien alors de douleur par excès de nociception.

Ces termes d' « intensité » et de « puissance » sont capitaux à retenir car ils vont se retrouver lorsque le médecin fera le choix du médicament idoine. Pour une intensité douloureuse donnée, on utilisera un antalgique d'une puissance modulatrice correspondante.

4. Le cerveau et la douleur

C'est un ensemble d'aires cérébrales qui concourent à la perception de la douleur et à l'élaboration des réactions émotionnelles qui s'en suivent. Le cortex somésthésique est activé par les stimulations douloureuses mais dans une moindre mesure que d'autres aires cérébrales du système limbique dont le rôle est primordial dans la genèse des émotions.

Il existe une mémoire explicite de la douleur et il est possible de reconnaitre avec précision un stimulus nociceptif déjà perçu (colique néphrétique, angine de poitrine, migraine, brulure, piqure…). Ceci prouve bien que l'information a été stockée, même si la localisation de ce stockage reste inconnue.

Il existe aussi des phénomènes de douleur mémoire générée par le système nerveux. Les douleurs du membre fantôme en sont l'exemple le plus caricatural. Il est probable qu'une stimulation douloureuse prolongée crée une situation irréversible dans le système d'analyse de la douleur et que ce phénomène mnésique joue un rôle important dans certaines douleurs chroniques.

Enfin, la mémoire implicite de la douleur est particulièrement liée aux douleurs de la petite enfance et à leur vécu affectif et émotionnel. Comme le disait Sigmund Freud, «la douleur laisse derrière elle des frayages permanents dans les neurones du souvenir ». Effectivement, ne sont pas seulement mémorisés les paramètres vus précédemment, mais aussi le contexte dans lequel est survenue la douleur. Par exemple, il n'est pas rare d'avoir mal à une dent antérieurement soignée en patientant simplement dans la salle d'attente du dentiste ou de ressentir des cervicalgies au carrefour où s'est déroulé l'accident de circulation que nous avons eu dans le passé.

Outre cette mémoire contextuelle, nous connaissons tous la mémoire de l'apprentissage. Après une brulure survenue en manipulant des allumettes ou un briquet, chacun sait la dangerosité de l'objet et fera attention lors de sa prochaine utilisation.

Cette notion de mémoire de la douleur est primordiale car elle est la pierre angulaire de la prévention dans le contrôle et le traitement de la douleur.

5. Les composantes psychologiques de la douleur

Notre système nerveux est capable de décoder le message douloureux et ses caractéristiques quantitatives et qualitatives, mais ce message s'intègre dans un processus global à la fois cognitif, émotionnel et comportemental.

La douleur est un phénomène où se mêlent sensations et émotions, ce qui la rend est par essence subjective et individuelle. Pour mettre en place une thérapeutique efficace, le médecin a besoin d'évaluer la douleur en tenant compte de toutes ses dimensions. Il fait préciser :

- ce que le malade sent (topographie, type, intensité, durée). C'est ce que l'on appelle la composante sensori-discriminative, mettant en jeux les voies de la douleur ;
- ce que la douleur symbolise pour le malade, le vécu de sa douleur. C'est ce que nous appelons la composante cognitive ;
- ce que le malade ressent (retentissement affectif et émotionnel). C'est la composante affectivo-émotionnelle ;
- ce que le malade manifeste verbalement ou au travers de sa mimique, de la position de son corps pour exprimer sa douleur. C'est la composante comportementale.

a) Le processus cognitif

Le processus cognitif est l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception et le vécu de la douleur : processus d'attention et de diversion de l'attention, processus d'anticipation et de mémoire de la douleur, ainsi que la projection sur les conséquences à venir en fonction des éléments sociaux et culturels du patient.

b) La composante affectivo-émotionnelle

Elle est en partie déterminée par l'intensité du phénomène douloureux, mais elle dépend aussi du contexte dans lequel celle-ci est ressentie. Les phénomènes de mémoire interfèrent avec la réviviscence de phénomènes vécus dans l'enfance, ou à l'âge adulte dans des climats émotionnels exacerbés.

c) La composante comportementale

Elle comprend les comportements réflexes qui peuvent être relativement univoques face à une douleur accidentelle (gestes d'évitement), et les manifestations verbales et non verbales qui elles, sont variables (cri, pleurs, gémissements). Ces manifestations ont un rôle de communication avec l'entourage et sont pour une part un appel à l'aide. Les expériences antérieures, les normes sociales liées à l'âge et au sexe vont intervenir. On admet mieux les pleurs et les cris d'un enfant que ceux d'un homme adulte. L'environnement familial et ethnoculturel joue un rôle essentiel dans le comportement face à un phénomène douloureux. Certaines personnes arrivent à s'adapter à la situation douloureuse par des stratégies d'ajustement positives (« coping »), d'autres se replient sur elles-mêmes.

Même si la douleur est d'abord un phénomène sensoriel lié à des perturbations histologiques et physiologiques, elle est largement imprégnée du contexte psychologique personnel, relationnel, culturel, social, voire historique qui lui donne un sens et des significations particulières, propres à tout être souffrant de douleur.

N'oublions pas que la douleur est au cœur de l'existence humaine. L'enfant sait très vite que lorsqu'il s'est fait mal, ses pleurs vont attirer l'attention de sa mère. La douleur participe donc à l'ouverture au monde et à la structuration des premières relations interpersonnelles. A l'opposé, la douleur peut restreindre le champ relationnel. Le fonctionnement psychique se trouve alors exclusivement polarisé sur et par la sensation douloureuse. On comprend dès lors qu'une douleur chronique soumet l'individu à des pressions telles que ses systèmes de défense habituels se trouvent débordés, pouvant être à l'origine d'un état anxieux et/ou dépressif.

Autant la tonalité anxieuse peut se voir aussi bien dans les douleurs aigües que chroniques, autant la composante dépressive est plutôt l'apanage des douleurs chroniques. Replié sur lui-même et sur sa douleur, le malade voit sa relation avec le monde extérieur s'altérer. Cette nouvelle manière d'être induit une rupture existentielle qui entraine de nouvelles sources de conflit et une souffrance accrue.

Beaucoup de malades, mais aussi de médecins, ne conçoivent la dépression que comme une conséquence de la douleur. C'est souvent exact, mais il est cependant des cas où la douleur est le principal symptôme, voire la seule expression d'un état dépressif (dépression masquée).

B. Comprendre le patient douloureux

1. Les facteurs psycho-sociaux

Nous ne pouvons pas dissocier la douleur du psychisme et de notre environnement. Ceux-ci influencent notre façon d'être et donc notre façon d'avoir des plaisirs, de souffrir, d'exister. Le corps ne peut être dissocié de l'esprit, de l'âme. Une douleur au sens physiologique aboutit à une perception ; cette perception provoque une émotion au sens psychologique à l'origine d'interrogations au sens existentiel. Se poser des questions met en jeu les systèmes de l'anxiété qui sont utiles en termes de protection. L'anxiété est responsable d'insomnies, d'une irritabilité aboutissant à la longue à un état dépressif avec une souffrance globale du corps, de l'âme et de l'esprit.

Henry Charley disait « le mal qui te fait souffrir te semble inguérissable, mon verdict t'épouvantes et je comprends ta peur ». Effectivement la douleur fait peur, d'où son rôle de signal d'alarme. Mais elle est également nocive d'où son appellation de « phénomène nociceptif » en termes de neurophysiologie de la douleur. En termes de répercussion idéative de celle-ci, on préfère parler de « souffrance ».

Liée à la personne qui en souffre et qui la décrit subjectivement, la sévérité d'une douleur dépend aussi de sa symbolique et de son vécu. Elle est influencée par le présent, le passé, la projection sur l'avenir, l'entourage proche (un parent qui a subi des douleurs atroces), et un contexte donné. Il n'est pas rare de retrouver un retentissement exacerbant les douleurs du dit patient, qui se voit déjà atteint de la même maladie (accident vasculaire cérébral pour des migraines, cancer des os pour une simple arthrose).

Il existe aussi des variations en fonction de l'origine ethnique, géographique, religieuse, qui apportent une influence particulière de l'entourage socioprofessionnel et culturel.

L'âge et le sexe influencent aussi l'importance de la douleur et le fatalisme qui les accompagne. L'horaire de la manifestation douloureuse est important à préciser. La nuit, le silence prive notre organisme des stimulations environnementales et favorise l'attention vers la région du corps qui est douloureuse.

Dans la pratique quotidienne, lorsqu'un professionnel de santé « approche » un patient douloureux, il a le souci de ne pas passer à coté d'un diagnostic grave, et c'est légitime. Le patient, lui, aimerait aussi savoir ce qu'il a. Il est surtout inquiet car son imagination fleurissante augmente et amplifie l'anxiété liée à la douleur et de ce fait l'attention portée à celle-ci. La perception de la douleur et la souffrance qu'elle provoque influencent son expression.

Enfin, le comportement douloureux peut être verbal, descriptif, moteur à type d'évitement, physiologique avec un malaise vagal lié à la douleur ou au contraire une hyper ventilation, une tachycardie, une élévation de la pression artérielle, mais aussi exprimé par une manifestation psychologique.

2. Les douleurs sine materiae

Ces douleurs, que nous avons l'habitude d'appeler à tord « psychogènes », ont certes un mécanisme purement psychologique, mais certainement pas imaginaire. Elles se rencontrent chez certaines personnes qui portent une attention toute particulière à une partie ou à l'ensemble de leur corps. Cette attention sur soi peut être génératrice de douleurs qui se basent sur des expériences douloureuses antérieures ou des « épines irritatives », qui lors d'une vie active n'auraient aucune place.

Elles doivent être bien distinguées des douleurs psychogènes, survenant chez des patients présentant des douleurs sans atteinte somatique, évoluant dans un contexte psychopathologique (hypochondrie, conversion hystérique, dépression…).

L'expérience de la douleur est par essence subjective. Personne ne peut ressentir et percevoir la douleur de l'autre, elle « est virtuelle pour celui qui ne la ressent pas » comme le disait **Florence Morille**. Dans cette subjectivité intervient, certes, la sensation mais aussi l'intégration supra-spinale du phénomène douloureux, la cognition et l'émotion. Ils interviennent à part égale dans un cercle vicieux fermé où l'un peut amplifier l'autre mais aussi être utilisés par les psychothérapeutes pour tenter de réduire le phénomène douloureux.

3. Les terrains propices à la douleur

a) Dépression

Nous l'avons vu, les douleurs notamment chroniques entrainent un repli sur soi et une dépréciation par l'impotence qu'elles engendrent avec un sentiment d'inutilité. Ces schémas psychologiques sont également retrouvés dans la personnalité dépressive et il existe des interconnexions évidentes entre ces deux phénomènes. Un accès dépressif caractérisé pousse le patient qui en souffre à s'interroger sur sa condition humaine et existentielle. Les composantes émotionnelles, cognitives et comportementales s'entremêlent dans cet accès de faiblesse psychologique et poussent le malade vers un cercle vicieux auto-entretenu. La douleur est génératrice de dépression et la dépression entretient les douleurs.

b) Les douleurs de l'enfant

Un enfant exprimant sa douleur doit être entendu, en sachant qu'il a son langage et que les médecins doivent apprendre à le décrypter. L'évaluation de la douleur chez l'enfant est difficile et nécessite l'utilisation d'outils basés sur des signes observables, variables en fonction de l'âge.

Chaque praticien doit donc être sensibilisé à certaines expressions de la douleur chez l'enfant qui peuvent paraitre inattendues. Les cris, les pleurs, sont très souvent considérés comme les meilleurs signes d'une douleur chez un enfant. Cependant, ils n'expriment que la composante émotionnelle de la douleur, mais ils ne sont pas spécifiques. L'importance des cris et des pleurs ne préjuge pas non plus de l'intensité de la douleur. Une petite douleur peut faire hurler un enfant, alors qu'une douleur intense peut simplement le faire gémir. Encore plus paradoxale, l'atonie psychomotrice témoigne d'une douleur intense et durable. Ce tableau est particulièrement fréquent chez des enfants atteints de cancers responsables de fortes douleurs.

Il faut savoir observer le positionnement de l'enfant qui permet parfois de suspecter une zone douloureuse. Par exemple, un enfant qui a mal au ventre garde ses jambes recroquevillées alors que celui qui a mal aux jambes rechignera à marcher, voulant se faire porter et lorsqu'on le mettra debout, il restera immobile, les jambes écartées. En essayant de le faire jouer avec un ballon, on peut mettre en mouvement toutes les parties du corps et ainsi démasquer une immobilité relative ou des gestes précautionneux d'évitement. A partir de 5-6 ans, le dialogue pourra s'instaurer et sera plus riche d'enseignement que la simple observation.

c) Les douleurs de la personne âgée

Il est courant de considérer que les douleurs de la personne âgée font partie du processus normal du vieillissement et leur banalisation est un frein à leur prise en considération et donc à leur traitement.

La sensibilité à la douleur des personnes âgées reste un sujet controversé, certains affirmant qu'elle est globalement diminuée, mais les données scientifiques restent contradictoires à ce sujet [3]. Pour le bien de ces patients, la meilleure attitude serait de considérer que les personnes âgées sont résignées à la douleur, tant elle est fréquente chez eux, et qu'ils l'expriment différemment (agressivité, rejet).

Malheureusement, ils ont parfois des difficultés à la décrire d'autant plus que plusieurs types de douleurs peuvent survenir simultanément. En effet, les causes de douleurs chez les personnes âgées sont très nombreuses et très diverse en raison des nombreuses pathologies qui les affectent. Les douleurs ont en commun leur retentissement particulier sur ce terrain car elles sont vécues comme une confirmation du vieillissement, générant une crainte de l'avenir et parfois la peur de la mort. Elles gênent la mobilité et entrainent une perte d'autonomie, contribuant à l'isolement social, à une perte de qualité de vie et à l'installation d'un état dépressif [3].

L'évaluation de la douleur est donc plus difficile chez le patient âgé. Les différentes échelles classiques d'évaluation ne sont pas toujours comprises par les personnes ayant des difficultés de communication ou des troubles cognitifs. Le recours aux échelles d'hétéro-évaluation, comme chez le jeune enfant, permet de mieux reconnaitre et d'apprécier la douleur [13].

d) La douleur en fin de vie

Selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (1996), « les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive et terminale. Leur objectif est de **soulager les douleurs physiques** ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent aux malades en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien de soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche à ce que ces principes puissent être appliqués. »

L’amélioration de la prise en charge de la douleur dans cette phase de la maladie est l’un des progrès les plus importants apportés par le développement des soins palliatifs. En effet, la douleur rappelle la maladie grave et par ricochet la mort à venir. Sa prise en charge est essentielle. Le médecin traitant et l’ensemble de l’équipe soignante s’efforcent par leur présence et le dialogue d’apaiser l’angoisse du malade mais aussi de son entourage. Le but principal dans cette période est de montrer au malade qu’il n’est pas seul face à sa maladie et que tous sont là pour l’entendre et veiller à améliorer son état, sans acharnement thérapeutique.

e) La douleur et la précarité

(1) Le chômeur

La symptomatologie douloureuse s’amplifie chez les personnes soumises aux aléas du travail précaire et du chômage. D’une part, ces personnes ont souvent exercé des professions physiquement difficiles, des taches répétitives peu valorisantes et ont été soumises au stress du rendement. D’autre part, la peur du lendemain, le vide existentiel, favorisent l’angoisse et la réaction dépressive, génératrices de somatisation douloureuse. C’est un problème à la fois médical et social ; le médecin peut être une « bouée » salvatrice dans cette situation délicate.

(2) Le migrant

Les difficultés de compréhension verbale sont parfois au premier plan et la présence d’un proche ou d’un membre de la famille est souvent nécessaire. Au-delà des difficultés de langage et des spécificités culturelles, il existe des particularités dans la façon d’exprimer la douleur. Aux problèmes douloureux peuvent se surajouter les conséquences sociales, voire d’invalidité partielle ou totale pouvant conditionner la poursuite de leur séjour en France.

(3) Les malades atteints de pathologies psychiatriques

Les pathologies psychiatriques peuvent donner une tonalité particulière à l’expression douloureuse et son évaluation, et à fortiori son traitement, sont un problème particulièrement complexe [21].

Les schizophrènes paraissent souvent avoir une insensibilité à la douleur. Plus qu’un trouble de la perception primaire de la douleur, ils auraient une distorsion au niveau de l’expression et du vécu émotionnel de la douleur. Il arrive que des douleurs d’origine organique s’intègrent dans les idées délirantes, en particulier à thème de persécution. A l’inverse, la disparition transitoire des idées délirantes à l’occasion de maladies organiques graves et douloureuses est parfois constatée. D’autre part, pour ceux qui sont sous neuroleptiques ayant des effets co-antalgiques, certaines douleurs « alarmes » font défaut.

Dans les dépressions mélancoliques, les malades peuvent ne pas exprimer la douleur ressentie lors d'une affection organique parce qu'ils la vivent comme une juste punition de leur indignité ou à l'inverse, n'avoir que la plainte douloureuse comme modalité d'expression de leur mal-être.

Le patient paranoïaque intègre souvent sa symptomatologie douloureuse, mais également les actes et les dires des soignants, dans son délire de persécution.

Le patient psychopathe peut utiliser ses symptômes douloureux dans le cadre de comportements sociopathes ou addictifs, ce phénomène étant particulièrement fréquent chez le toxicomane.

Les symptômes de conversion hystérique peuvent s'exprimer par une ou plusieurs manifestations douloureuses présentées parfois sous un mode histrionique, avec une grande expressivité. Ici c'est le corps imaginaire qui est touché et non pas le corps réel, et cette douleur est le symbole exprimé d'un conflit intrapsychique.

Les hypochondriaques, persuadés d'avoir une maladie grave, mettent souvent un phénomène douloureux au premier plan de leur préoccupations. La négativité des examens médicaux ne les rassure pas et ils changent sans cesse de médecin avant de dériver vers les médecines non conventionnelles, à défaut d'accepter une prise en charge psychiatrique.

(4) Les sans domicile fixe

Leur situation de précarité extrême, la vie dans la rue, les traumatismes divers, la solitude, les aléas climatiques contribuent à générer de multiples pathologies et traumatismes physiques potentiellement douloureuses. Les travailleurs sociaux à leur contact remarquent que les douleurs physiques ne sont pas l'une de leurs plaintes majeures, certains présentant une grande indifférence à l'égard de leur état physique.

4. Problèmes douloureux controversés

a) La fibromyalgie

La fibromyalgie ou plutôt le syndrome fibromyalgique désigne un état algique généralisé observé chez la femme d'âge moyen, d'évolution longue, accompagné de multiples points douloureux à la pression. Ces douleurs s'associent habituellement à une symptomatologie fonctionnelle très riche : raideur matinale, asthénie chronique, troubles du sommeil, céphalées, troubles digestifs [13]. Particulièrement invalident de par sa chronicité, il entraine chez les patientes qui en souffrent un retentissement psychologique majeur et une désocialisation.

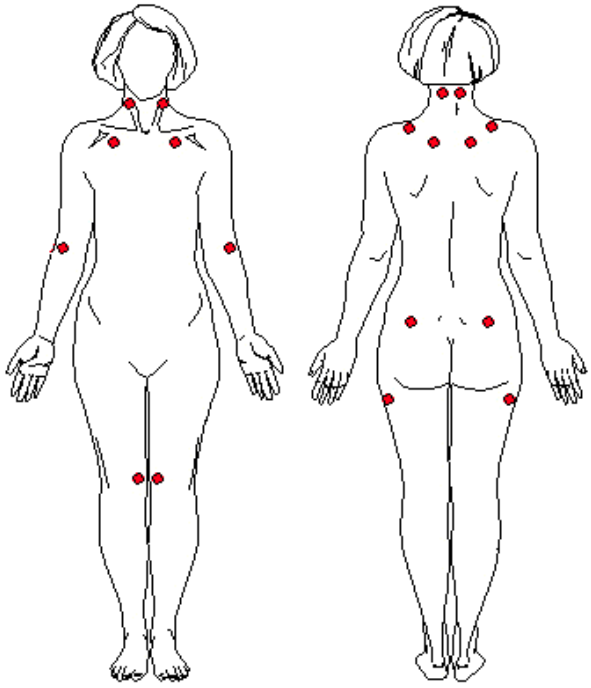

Figure 4 : Principaux points douloureux retrouvés chez les fibromyalgiques. (D'après Henry P. *J'ai mal docteur. Comprendre et combattre la douleur*. Paris, Flammarion, 2006.)

Pour certains, il s'agit d'une pathologie organique dont nous n'arrivons pas à faire la preuve avec les moyens actuels, avec comme risque de multiplier les examens complémentaires infructueux. La majorité des médecins évoquent devant cette symptomatologie sans lésion apparente une origine psychologique. Ces deux attitudes opposées ont en commun une hypothèse neuropsychique d'origine cérébrale alliant défaillance des systèmes inhibiteurs et hyperalgésie.

Cette théorie évoque un seuil douloureux particulièrement bas dû à un mauvais fonctionnement des réseaux inhibiteurs de la douleur. Cette hyperalgésie modifierait la perception douloureuse et entrainerait une hypersensibilité à des stimuli habituellement non perçus. Elle serait en relation avec une mauvaise régulation des neuromédiateurs du tronc cérébral (sérotonine et endorphine), ce qui permettrait d'expliquer les symptômes tels que la fatigue, les troubles du sommeil et la composante dépressive souvent retrouvée [13].

Cette théorie réconcilie le fait organique, le dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur et les faits psychologiques. En effet, sur ce terrain, les traumatismes psychologique de la petite enfance, de l'adolescence, voire de la vie adulte vont laisser une trace plus profonde que chez d'autres personnes favorisant l'hyperalgésie centrale. Dans cette théorie, l'abord thérapeutique doit être global pour tenir compte des différentes facettes de cette véritable pathologie à part entière. Le médecin se doit de préciser le terme de « fibromyalgie » et d'en expliquer toutes les dimensions, y compris la dimension psychologique, que les malades acceptent plus facilement d'examiner lorsqu'ils sentent qu'ils ont l'écoute de leur médecin.

b) Les douleurs psychogènes

Il faut bien distinguer les douleurs psychogènes des douleurs sine materiae. Comme nous l'avons vu, les douleurs psychogènes sont des douleurs dont l'origine physique a été exclue par l'examen clinique ou les examens complémentaires et où l'examen psychopathologique révèle des failles susceptibles de générer un phénomène douloureux. Or, il est souvent difficile pour les malades douloureux et pour leur médecin d'admettre la réalité d'une douleur non organique et d'accepter l'idée que des facteurs psychologiques puissent à eux seuls être à l'origine de douleurs réellement ressenties par le malade qui s'en plaint.

c) Hypersensibilité électromagnétique

Entité considérablement discutée par le corps médical, celui-ci se basant sur la négativité des rares études ayant abordé le problème, celles-ci ayant été commanditées par les fabricants et dont l'objectivité peut raisonnablement être discutée, l'hypersensibilité électromagnétique est une plainte nouvelle et le médecin généraliste est souvent désarmé face aux patients qui consultent pour ce problème. Téléphone portable, téléphone fixe sans fil, Bluetooth, wifi, GPS, 3G, l'essor et surtout la diffusion des nouvelles technologies sans fil sont considérables ces dix dernières années. Dans le doute, il est pourtant licite de penser qu'un retentissement puisse exister sur notre organisme. On pourrait ainsi formuler l'hypothèse que ceux qui en souffrent sont moins bien armés contre ces perturbations électromagnétiques et que ces phénomènes pourraient provoquer une hypersensibilité à la douleur.

C. Evaluer et traiter la douleur

1. L'évaluation de la douleur

a) Auto-évaluation

Dans la mesure du possible il faut toujours privilégier l'auto-évaluation. La douleur étant par définition un phénomène subjectif, la personne qui en souffre est la plus amène à la décrire. De nombreuses études ont été menées pour fournir une mesure objective à une sensation par principe subjective [20]. Il est aussi recommandé de tendre à harmoniser l'auto-évaluation sur des échelles ayant comme base le chiffre 10.

(1) Outils unidimensionnels

Ils ont l'avantage commun de permettre des mesures rapides et répétées. Ils sont intéressants pour étudier l'efficacité d'un traitement antalgique et l'évolution dans le temps d'une douleur [6].

Le médecin dispose de trois principaux outils unidimensionnels :

- Echelle Verbale Simple (E.V.S.) : Elle permet de situer la douleur sur une échelle comportant cinq niveaux, le patient devant entourer la réponse correcte parmi une liste de qualificatifs hiérarchisés. Le nombre réduit de réponses possibles la rend moins sensible que l'échelle numérique (E.N.) ou visuelle analogique (E.V.A.) [6].

0	1	2	3	4	5
Absente	**Faible**	**Modérée ou moyenne**	**Forte**	**Très forte**	**Maximale imaginable**

Figure 5 : Exemple d'Echelle Verbale Simple.

Classiquement sur cinq termes, des tentatives d'E.V.S. sur dix termes ont été proposées par certains mais non validées.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absente	**Très faible**	**Faible**	**Très modérée**	**Modérée**	**Moyenne**	**Plus que moyenne**	**Forte**	**Très forte**	**Extrêmement forte**	**Maximale imaginable**

Figure 6 : Exemple d'Echelle Verbale Simple sur dix termes

- Echelle Numérique (E.N.) : Les qualificatifs sont remplacés par une cotation numérique sur 10. Il s'agit d'entourer la note qui décrit le mieux l'intensité de la douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur » et la note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ». Cette échelle est plus sensible que l'E.V.S. [4] Elle est facile à comprendre et peut également se prêter à des réponses orales [6].

Pas de douleur	**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	**Douleur maximale imaginable**

Figure 7 : Exemple d'Echelle Numérique.

- Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.) : Elle se présente sous forme d'une réglette de 100 millimètres munie d'un curseur dont les deux extrémités sont définies par, à gauche « douleur absente ou pas de douleur » et à droite « douleur maximale imaginable ». Le médecin présente la face non graduée au malade en demandant au patient de déplacer le curseur de la gauche vers la droite en fonction de l'intensité de sa douleur. On peut ainsi mesurer l'efficacité thérapeutique en mesurant la douleur avant et après traitement [22]. Elle est le plus souvent préférée du fait de sa plus grande sensibilité liée au plus grand nombre de réponses possibles, théoriquement 100 réponses pour 100 millimètres [6]. En pratique, se basant sur une échelle de 10, le médecin notera sur l'exemple de la figure 8 la douleur à 6,4 sur 10.

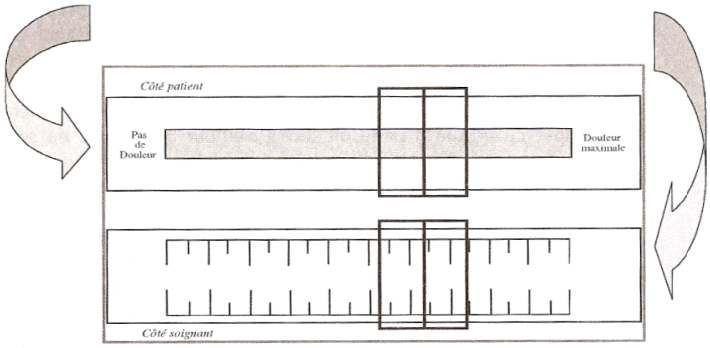

Figure 8 : Exemple d'Echelle Visuelle Analogique

(2) Outils pluridimensionnels

Pour évaluer sélectivement les diverses dimensions de la douleur, il est nécessaire de recourir à des méthodes plus élaborées [20], représentées par les échelles pluridimensionnelles :

- Mc Gill Pain Questionnaire (M.P.Q.) [4]: ce questionnaire permet une évaluation pluridimensionnelle, qualitative et quantitative de la douleur. Il est constitué par une liste de soixante-dix-huit qualificatifs répartis en vingt sous-classes regroupées en quatre classes : sensori-discriminative, émotionnelle, affective et neuro-végétative.

- Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine (Q.D.S.A.) : c'est une échelle traduite et adaptée au français du M.P.Q. Dans cette échelle, le patient doit coter de 0 à 4 un item qu'il choisit parmi d'autres pour définir sa douleur.

b) Hétéro-évaluation

L'auto-évaluation a ses propres limites. Les défauts de compréhension, de participation et de communication rendent parfois ces outils inutilisables, notamment chez le jeune enfant, le patient handicapé et la personne âgée. Il faut alors recourir à l'hétéro-évaluation de la douleur, basée sur l'observation d'un tiers.

- Echelle DOLOPLUS : il s'agit d'une échelle comportementale de la douleur chez les personnes âgées présentant des troubles de communication verbale. Elle se présente sous la forme d'une fiche d'observation comportant dix items répartis en trois sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (cinq items somatiques, deux items psychomoteurs et trois items psychosociaux). Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à quatre niveaux exclusifs et progressifs) ce qui amène à un score global compris entre 0 et 30. La douleur est clairement affirmée pour un score supérieur ou égal à 5 sur 30. Elle est aujourd'hui supplantée par l'échelle ALGOPLUS (Annexe 1).

- Echelle ALGOPLUS : de conception plus récente que l'échelle DOLOPLUS, l'échelle ALGOPLUS possède le mérite d'une simplicité accrue. Elle est fondée sur l'observation de cinq items seulement contre dix pour DOLOPLUS. Testée initialement aux urgences, elle peut constituer un outil simple de dépistage et de suivi thérapeutique en institution. Elle est utilisée en effectuant un score au repos et un score lors des mouvements et des soins. Utile dans la maladie d'Alzheimer, mais également pour toute personne âgée avec troubles de la communication verbale, elle a comme défaut de n'évaluer que la douleur aigüe (Annexe 2).

- Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur pour la Personne Agée non communicante (E.C.P.A.) : c'est une échelle fiable utilisable pour les personnes non-communicantes (AVC, démences, états grabataires, fin de vie). L'échelle comprend huit items avec cinq modalités de réponse cotées de 0 à 4. Chaque niveau représente un degré de douleur croissante, exclusif des autres pour le même item. Le score total varie donc de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale). L'E.C.P.A. possède deux dimensions : observation avant les soins et observation pendant les soins.

c) L'évaluation de la douleur en pédiatrie

Chez les enfants, l'auto-évaluation est à privilégier quand celle-ci est possible, c'est-à-dire à partir de 5-6 ans. Classiquement on en distingue trois :

- Echelle Visuelle Analogique adaptée à l'enfant de 6 à 10 ans : à partir de 5-6 ans, l'auto-évaluation est théoriquement possible à l'aide de l'E.V.A. verticale : des explications adaptées au niveau de compréhension de l'enfant lui sont données et la réglette est présentée de façon verticale en lui demandant de placer le doigt « aussi haut que la douleur est grande ». La douleur est alors cotée de 0 à 100. De nombreuses études ont montré que les réponses des enfants avec l'E.V.A. apparaissent cohérentes [14].

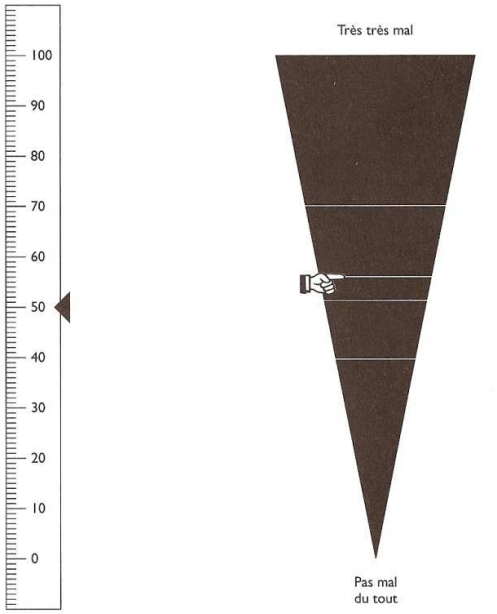

Figure 9 : Exemple d'E.V.A. adaptée à l'enfant de 6 à 10 ans.

- Dessin sur le bonhomme (ou localisation sur schéma corporel) : il est demandé à l'enfant de colorier des silhouettes de face et de dos. Il doit choisir entre quatre couleurs représentant quatre intensité différentes (vert=un peu, jaune = moyen, bleu = beaucoup, rouge = très fort).

- Planche des visages douloureux (ou échelle des mimiques) : elle est utilisable à partir de quatre ans. L'enfant choisit pour représenter sa douleur un visage dessiné parmi d'autres, le visage souriant représentant l'absence de douleur et le visage avec pleurs représentant une douleur très forte. On demande à l'enfant de choisir le visage qui représente non pas ce qu'il voit auprès des autres, mais ce qu'il éprouve tout au fond de lui-même. Cette évaluation permet de recueillir une information plus émotionnelle que l'E.V.A. mais sa validité est remise en question [14].

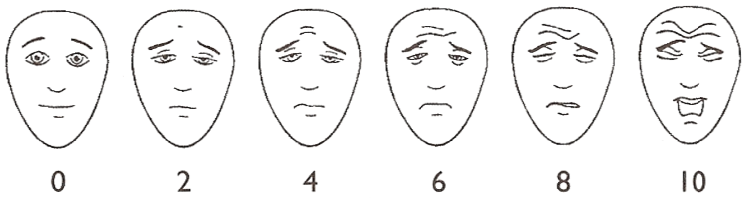

Figure 10 : Exemple d'échelle des mimiques.

Pour les plus petits, ces échelles sont inutilisables et le médecin se servira préférentiellement de l'hétéro-évaluation, fondée sur des données comportementales : score d'Amiel-Tison de un mois à huit ans ; échelle CHEOPS entre un et six ans. Ces échelles sont aujourd'hui supplantées par :

- Echelle EVENDOL : cette échelle est utilisable de la naissance à sept ans. Initialement développée aux urgences, elle a ensuite été diffusée aux services de pédiatrie mais également en ville grâce à ses excellents critères de validité et de corrélation. Son avantage est qu'elle dépiste tout type de douleur, aigüe mais également chronique avec un score allant de 0 à 15. Elle comprend cinq items comportementaux simples : expression vocale, mimique, mouvements, position, relation avec l'environnement. La cotation va de 0 à 3 et le seuil de prescription est à 4 sur 15. Elle a comme inconvénient de nécessiter deux temps d'observation pour décider de l'antalgique à prescrire sauf si l'enfant présente une douleur majeure (Annexe 3).

- Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né (E.D.I.N.) : cette échelle s'emploie pour le nouveau-né à terme ou prématuré et pour le tout jeune nourrisson jusqu'à 6 mois. Elle comprend cinq items cotés de 0 à 3 selon l'observation : visage, corps, sommeil, relation, réconfort. Elle évalue un état douloureux chronique lié à une pathologie, en post-opératoire ou à la répétition de gestes invasifs. Elle n'est pas adaptée à l'évaluation de douleur aigüe comme celle d'un soin isolé. Elle nécessite une observation prolongée de l'enfant et un score supérieur ou égal à 4 impose une thérapeutique antalgique efficace (Annexe 4).

Certaines situations cliniques impliquent d'utiliser des échelles spécifiques :

- Grille d'Evaluation de la Douleur - Déficience Intellectuelle (Echelle G.E.D.-D.I.) : utilisable de trois à dix-neuf ans, elle est la traduction française de l'échelle N.C.C.P.C. (Non Communicating Children's Pain Checklist). Elle comprend vingt-sept items répartis en six catégories : expression vocale, comportement social, expression faciale, activités, mouvements du corps et des jambes, signes physiologiques. Chaque item est coté de 0 à 3 (0=pas de douleur ; 3=douleur très forte) et le score total s'étale de 0 à 81. Un score supérieur à 11 est révélateur de douleur (Annexe 5).

- Echelle Douleur Enfant Gustave Roussy (D.E.G.R.) : particulièrement adaptée aux douleurs persistantes des enfants souffrant de cancer ou leucémie. Elle comporte quinze items cotés de 0 à 4 et regroupe trois parties : signes directs de la douleur, atonie psychomotrice et expression volontaire de la douleur [6].

Tableau I : Echelle D.E.G.R. simplifiée

Echelle de la douleur chez l'enfant	
Signes directs	• Position antalgique de repos • Protection spontanée des zones douloureuses • Plaintes somatiques • Localisation des zones douloureuses • Attitude antalgique dans le mouvement • Réaction à l'examen des zones douloureuses
Atonie psychomotrice	• Repli sur soi • Manque d'expressivité • Baisse d'intérêt pour le monde extérieur • Lenteur et rareté du mouvement
Expression volontaire	• Nervosité • Mauvaise humeur, irritabilité • Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise • Facilité aux pleurs

2. Les thérapeutiques antalgiques

a) Les médicaments de la douleur

La stratégie de prescription d'un traitement antalgique doit respecter certaines règles et principes définis par les experts des Standards, Options, Recommandations.

Pour l'essentiel, un antalgique doit être administré à intervalles réguliers et à horaires fixes selon sa pharmacocinétique. En cas de douleur aigüe, l'administration peut se faire à la demande du patient. Un traitement antalgique doit être réévalué au bout de 12 à 24 heures et adapté à chaque patient.

Les effets indésirables doivent être prévenus par des traitements appropriés. Afin d'optimiser le traitement, il faut respecter les contre-indications, choisir le produit le mieux toléré à posologie efficace et connaitre sa cinétique pour l'espacement des prises. Enfin, l'administration orale doit être privilégiée [20].

(1) Les paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.)

Il s'agit d'une classification graduelle des médicaments contre la douleur, élaborée à l'origine par l'O.M.S. pour la prise en charge des patients atteints de cancer, secondairement étendue à toutes les douleurs. Il existe trois paliers, en fonction de la puissance antalgique des médicaments utilisés.

Pour des douleurs légères à modérées, on utilise les médicaments du palier I « non opioïdes »: paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens (A.I.N.S.) à faible dose :

- L'action antalgique du paracétamol est toujours mal élucidée. Elle est liée à une diminution et non à une inhibition de la synthèse des prostaglandines par inhibition faible de la cyclo-oxygénase (COX-1 et COX-2). Cette inhibition est essentiellement centrale mais aussi périphérique [22] ;
- L'aspirine inhibe la synthèse des prostaglandines et thromboxanes par inhibition irréversible des COX-1 et COX-2 de façon centrale exclusive [11] ;
- Les A.I.N.S. inhibent également les COX-1 et COX-2 mais de façon réversible.

En cas de douleurs modérées à fortes ou en cas d'échec des médicaments du palier I, on passe aux médicaments du palier II [22] : codéine, dextropropoxyphène (récemment retirée du marché), tramadol (tous « opioïdes faibles ») et nefopam (tout en n'ayant pas d'activité « opioïde faible ») associés ou non à au paracétamol, à la caféine.

Si la douleur est forte à sévère ou en cas d'échec des médicaments du palier II, on utilise les médicaments du palier III (« opioïdes forts ») qui sont les antalgiques les plus puissants [22] :

- Agonistes purs : morphine (chlorhydrate ou sulfate), hydromorphone, oxycodone, fentanyl, dextromoramide, péthidine.
- Agonistes partiels : buprénorphine
- Agonistes-antagonistes : nalbuphine.

Tous les opioïdes sont des agonistes des récepteurs morphiniques. Trois types de récepteurs ont été individualisés : *mu*, *delta et kappa*. Ces récepteurs sont localisés au niveau des structures nerveuses spinales et supra-spinales impliquées dans le contrôle du message nociceptif. Les récepteurs *mu* semblent être les plus impliqués dans l'analgésie. Les interactions ligands-récepteurs aboutissent à une inhibition de la libération de la substance P et donc de la transmission de l'influx nociceptif. Au niveau supra-spinal, les opioïdes renforcent le système des contrôles inhibiteurs descendants du message nociceptif en activant le C.I.D.N.

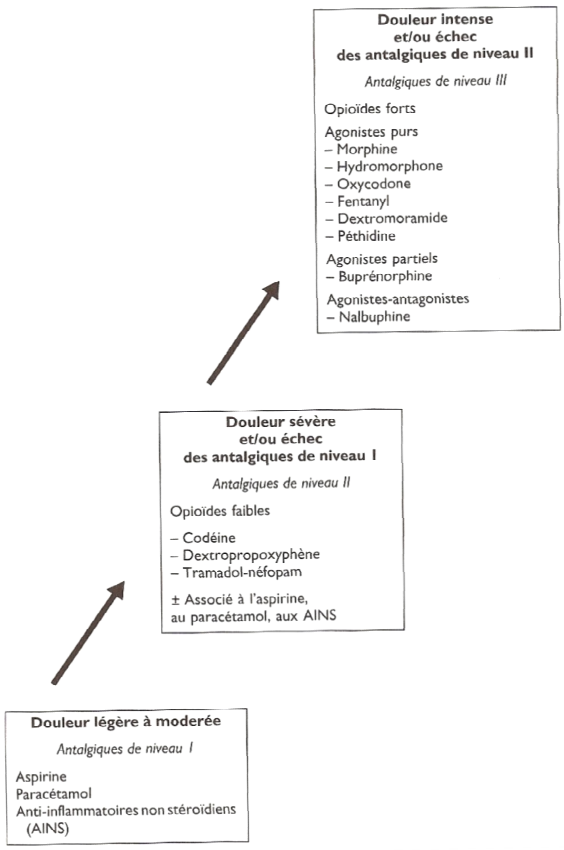

Figure 11 : Classification des antalgiques tenant compte des trois niveaux de l'O.M.S. (D'après Henry P. *J'ai mal docteur. Comprendre et combattre la douleur.* Paris, Flammarion, 2006.p.40)

(2) Les co-analgésiques

Ces molécules ne sont pas à proprement parler analgésiques mais dans certaines indications précises, elles possèdent des propriétés antalgiques à titre complémentaire de leur action principale.

Antidépresseurs : ils sont prescrits dans les douleurs neuropathiques [22]. Les antidépresseurs tricycliques sont plus efficaces que les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (I.R.S.). Leur action antalgique se fait sentir au bout de deux à quatre semaines. Ils inhibent la recapture des monoamines des voies bulbo-spinales efférentes inhibitrices au niveau de la corne postérieure de la moelle [11].

Anticonvulsivants : durant de nombreuses années, se basant sur notre expérience personnelle, notamment dans le cadre de la névralgie du trijumeau, les antiépileptiques de première génération (carbamazépine, acide valproïque, clonazépam) ont été utilisés hors A.M.M. dans les douleurs neuropathiques. Leur efficacité a été constatée en particulier lors de douleurs à type de décharges électriques paroxystiques et dans les douleurs de dénervation. Ils atténuent les décharges paroxystiques et diminuent l'hyperexcitabilité neuronale [20].

Hypnotiques : ils peuvent être utiles en raison de la relation réciproque entre les douleurs et l'insomnie.

Myorelaxants : ils agissent en détendant les fibres musculaires par diminution des reflexes médullaires polysynaptiques [22], ayant ainsi une activité antalgique sur les contractures et les crampes.

Biphosphonates : utilisés initialement dans la maladie de Paget, ils sont également utiles dans les affections comportant une destruction osseuse, en particulier les métastases osseuses et le myélome en inhibant l'ostéoclasie.

Antispasmodiques : ils sont indiqués dans les douleurs viscérales [22] et se divisent en deux classes pharmacologiques : les antispasmodiques musculotropes (phloroglucinol, trimébutine) et les antispasmodiques anticholinergiques (tiémonium).

Corticoïdes : ils ont une action indirecte liée à la puissance de leur pouvoir anti-inflammatoire en réduisant l'œdème péri-lésionnel. Les indications sont essentiellement rhumatologiques, neurologiques et cancérologiques.

(3) L'analgésie inhalée

M.E.O.P.A. : Il s'agit d'un Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote que le patient inhale à l'aide d'un masque et qui entraine une analgésie associée à un état de sédation consciente. Il est utilisé lorsque la douleur générée par un examen ou un soin potentiellement douloureux est de courte durée et ne peut être prévenue par des antalgiques courants, sans pour autant justifier la pratique d'une anesthésie générale. Il diminue en plus l'anxiété bien connue dans le contexte de douleur provoquée, notamment lors de soins dentaires chez les enfants.

(4) Les anesthésies locales

Lidocaine : bien connue pour la prévention des gestes douloureux superficiels comme les points de suture ou la micro-chirurgie. Son délai d'action est quasi immédiat.

Emla : c'est une crème anesthésiante composée de deux anesthésiques locaux, la lidocaïne et la prilocaïne. Elle est surtout utilisée en pédiatrie lors des vaccinations mais également en cas de ponction artérielle. Pour être efficace, elle doit être appliquée au moins une heure avant le geste et sous pansement occlusif.

(5) Les techniques d'anesthésie

L'anesthésie générale : elle est indiquée pour les actes thérapeutiques particulièrement douloureux, comme une réduction de fracture ou des soins de pansements chez des grands brulés.

Les techniques d'anesthésie régionale ou bloc périphérique sont plus souvent utilisées pour des gestes profonds portant sur un membre. Les anesthésies locorégionales par rachi-anesthésie et péridurale sont réservées au petit bassin et à la partie inférieure du corps. .

b) Les thérapeutiques non-médicamenteuses

(1) L'effet placebo

L'effet placebo est à différencier du produit placebo. Il permet de potentialiser l'effet d'un médicament antalgique d'environ 37% chez les personnes « placebo réceptives » conditionnées par une attente de soulagement d'une thérapeutique.

Le mécanisme évoqué s'appuie sur une sécrétion d'endorphines liée à un conditionnement psychologique au soulagement. Cet effet est le plus souvent passager.

(2) La neurostimulation

Le principe repose sur la stimulation des grosses fibres myélinisées transmettant la sensation tactile (fibres A *beta*) par le courant électrique ayant pour but d'empêcher le passage de l'influx douloureux du premier au deuxième neurone nociceptif. Plusieurs techniques existent :

- Stimulation périphérique : elle est pratiquée à l'aide d'électrodes transcutanées placées sur le trajet du nerf (neurostimulation transcutanée ou T.E.N.S.). Elle est indiquée dans les séquelles douloureuses des lésions de nerfs (amputation, zona, lombosciatiques séquellaires, névralgies diverses). Elle peut également être efficace dans certaines douleurs non neuropathiques.

- Stimulation cordonale postérieure : plus rarement utilisée que le T.E.N.S., elle consiste à stimuler le cordon postérieur de la moelle épinière. Sa mise en œuvre est plus complexe (électrodes introduites dans l'espace péridural). Ses principales indications sont : les séquelles d'intervention pour une lombosciatique, les douleurs secondaires aux amputations, les lésions des nerfs périphériques et les atteintes médullaires partielles [22]. Elle est également utilisée dans certaines douleurs artérielles et du système nerveux sympathique.

- Stimulation cérébrale profonde : cette méthode bien connue des neurochirurgiens semble donner des résultats qui restent à évaluer. Elle reste encore expérimentale et réservée aux échecs des techniques antérieures [13].

(3) Acupuncture et traitement de la douleur

Fondée sur des concepts très différents de ceux de la médecine occidentale, elle se heurte à la méfiance de nombreux médecins d'autant que son efficacité n'a été évaluée selon les critères exigés par la médecine scientifique moderne que dans peu de travaux. Elle cherche théoriquement à rétablir l'équilibre rompu en agissant sur la circulation de « l'énergie » en différents points du réseau virtuel constitué par les méridiens. A cette conception traditionnelle, s'ajoutent des conceptions plus modernes intégrant la notion de réflexothérapie par stimulation de certains points « reflex » auxquels on attribue une libération de morphine endogène (enképhalines et endorphines). Cette technique reste empirique. L'effet placebo aurait une certaine place dans le résultat.

c) Aide psychologique et psychothérapie

Elles sont du domaine du spécialiste et entrent dans le cadre d'une approche pluridimensionnelle de la douleur et du patient douloureux, notamment chronique. Elles complètent la prise en charge de toutes les dimensions de la douleur telle que nous l'avons vu précédemment. Citons :

- La psychothérapie de soutien, fondée sur l'empathie et la mise en œuvre d'une relation de confiance entre le soignant et le patient.

- La psychothérapie cognitivo-comportementale a pour objectif d'éviter la chronicisation et l'aggravation de la douleur par des croyances erronées ou imprécises qui engendrent des comportements inadaptés et de proposer des stratégies d'adaptation [13] : techniques d'affirmation de soi, suggestion et travail sur des images mentales, imitation de modèles, restructuration cognitive avec remodelage des croyances du patient douloureux…

- Les techniques de relaxation, quant à elles, visent à aider le patient à mieux gérer les émotions générées par sa douleur. Le patient est entrainé à mieux réagir aux situations anxiogènes ou aggravantes grâce à des techniques de relaxation musculaire et de contrôle respiratoire.

- L'hypnose a une place croissante dans la prise en charge de la douleur. C'est un état de conscience « modifié » déclenché par la suggestion qui provoque une certaine détente musculaire et permet d'accéder au psychisme. Surtout utile lors des interventions de petite chirurgie, elle l'est également dans certaines douleurs chroniques et est largement employée dans les centres antidouleur [13].

- La psychothérapie verbale d'inspiration psychanalytique est plus rarement utilisée. Elle permet de mieux éclairer la signification de la plainte douloureuse à travers le mal-être du malade.

D. Etat des lieux de la douleur en France

1. Les français et la douleur

a) Une majorité de français concernés par la douleur

A l'occasion des « Etats Généraux de la Douleur », il a été observé au cours des années 2002 et 2003 que 78% des français de 18 ans et plus ont été confrontés à la douleur durant ces deux années [7].

Ce travail trouve que :

- 57% ont été confrontés personnellement, dont 28% souffrent encore lors de l'enquête, pour eux-mêmes ou un de leurs enfants de moins de 15 ans ;
- 9% ont été confrontés à la douleur par le biais d'un de leurs enfants de moins de 15 ans ;
- 21% ont été confrontés plus indirectement pour une personne de leur entourage ou un de leurs enfants de 15 ans ou plus.

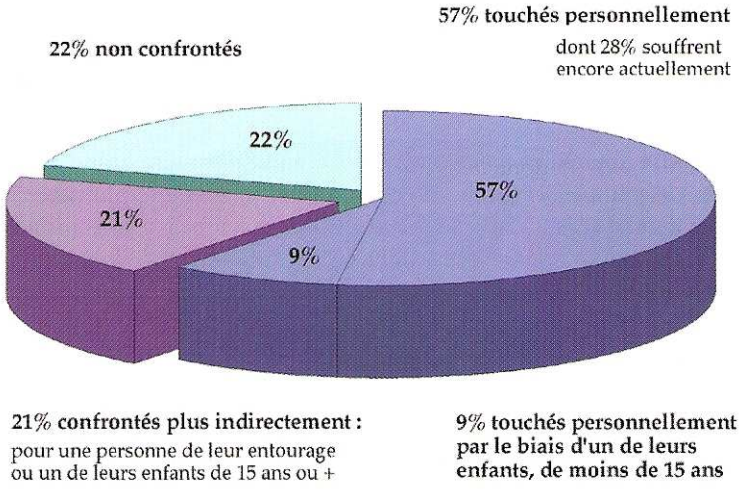

Figure 12 : Confrontation à la douleur pendant les années 2002 et 2003 (Livre Blanc de la Douleur, p.11)

b) Les principales causes de douleur

Les principales causes de la douleur se hiérarchisent comme suit [7] :

- La maladie représente pour 32% des individus la principale cause de douleur ;
- La douleur provoquée ou iatrogène représente 29% des causes identifiées par les personnes interrogées (15% par intervention chirurgicale et 14% au cours d'actes diagnostiques ou thérapeutiques) ;
- Les accidents concernent 20% des causes de douleur ;

- Grossesse et accouchement représentent seulement 4% des douleurs citées ;
- Enfin, d'autres causes sont mentionnées par 15% des personnes : stress, efforts physiques, âge et vieillesse, mauvaises positions, mouvements répétitifs et faux mouvements ;
- Les douleurs abdominales et dentaires sont significativement plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

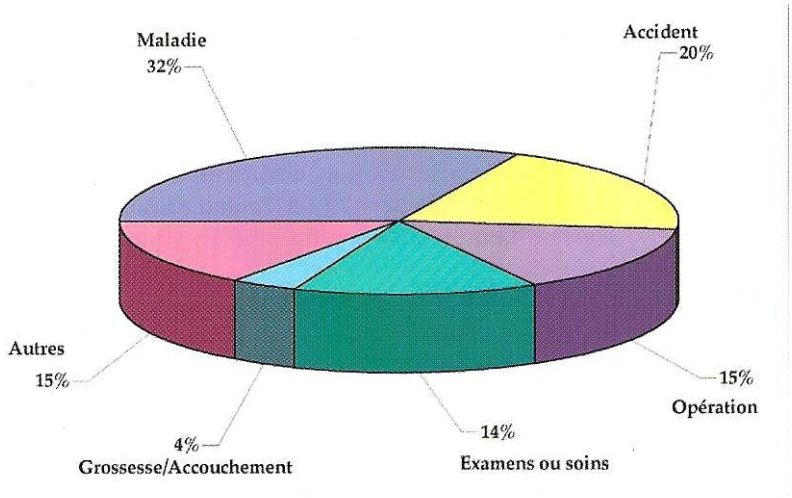

Figure 13 : Les principales causes de douleur (Livre Blanc de la Douleur, p.13)

Il nous paraît important de souligner que les douleurs provoquées par les actes diagnostiques et thérapeutiques n'avaient pas fait l'objet d'une information préalable dans 59% des cas [7].

En effet, parmi les personnes ayant souffert d'une douleur pendant un examen ou un soin, seules 41% ont été informées que l'examen ou le soin était douloureux. En outre, 61% de ces patients n'ont pas reçu de traitement antalgique afin de prévenir la douleur [7].

Il est à priori paradoxal que des soins prodigués pour soulager ou guérir un malade puissent engendrer des douleurs. C'est pourtant une réalité quotidienne. Ce type de douleur est le résultat de multiples « petites » agressions qui, même prises isolément, ne peuvent être considérées comme minimes, et dont l'accumulation est source de douleurs fort désagréables voire insupportables, particulièrement mal vécues par un malade déjà fragilisé par d'autres problèmes.

Leur prévention est maintenant mieux prise en charge. Les soignants sont d'avantage sensibilisés au fait qu'outre leur compétence technique, ils ont aussi à développer une attention à la douleur, une qualité d'écoute, d'observation, d'empathie.

Malgré les progrès qui permettent de pratiquer des actes plus précis, rendant ces pathologies iatrogènes plus rares, il existe encore des douleurs iatrogènes chroniques qui peuvent constituer une maladie en soi, alors même que la maladie initiale est guérie.

Au-delà de la douleur chronique ressentie par le patient, le médecin va souvent rencontrer chez ces malades un état dépressif, un sentiment de frustration, une défiance envers la médecine et les médecins qui peuvent rendre la prise en charge difficile. Contrairement à ce que croient certains patients ou leur entourage, une douleur iatrogène n'est pas forcément la conséquence d'une faute ou d'une erreur thérapeutique, même si celles-ci peuvent exister, mais elle fait partie

souvent d'un aléa thérapeutique. Afin d'en réduire la fréquence, le corps médical et soignant s'attachera à mettre en œuvre une réelle prévention des douleurs liées à nos soins.

c) La prise en charge de la douleur

(1) Un recours fréquent aux professionnels de santé

86% des individus confrontés à la douleur en 2002 et 2003 ont consulté un médecin, et 74% ont bénéficié d'une prescription médicale. En revanche, 12% des personnes interrogées n'ont ni consulté, ni demandé conseil. Les freins trouvent leur origine dans la résignation (7%) et l'automédication (5%). 30% des adultes n'ont consulté qu'un seul professionnel, 25% en ont consulté deux, 15% trois et 12% ont fait appel à plus de trois professionnels de santé. 5% ont demandé conseil à leur pharmacien. [7].

(2) Le soulagement de la douleur

Suite à la consultation, la douleur n'a été que partiellement ou pas du tout soulagée chez 74 à 82% des personnes [7].

d) Les professionnels les plus fréquemment consultés

Les professionnels de santé les plus fréquemment consultés se hiérarchisent comme suit [7]:

- Le médecin généraliste est le plus fréquemment consulté, dans 65% des cas ;
- Le spécialiste libéral est consulté dans 35% des situations ;
- Le médecin du service des urgences est consulté par 14% de la population et la visite aux urgences concerne plus souvent les enfants que les adultes (22% vs 12%) ;
- Le recours au médecin d'un centre antidouleur quant à lui est de 3%.

e) La prescription de médicaments antalgiques en France

Parmi les 74% qui ont bénéficié d'une prescription médicamenteuse contre la douleur, le médecin généraliste prescrit plus souvent que ses confrères spécialistes ou urgentistes (86%).

Les prescriptions des médecins généralistes concernent pour 18% des antalgiques, rapportées au total des prescriptions réalisées (anti-infectieux, antihypertenseurs, etc.).

80% des patients reçoivent chaque année au moins un antalgique prescrit par un médecin généraliste.

68% des médicaments à visée antalgique sont du palier I et des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Le tableau II résume le détail des prescriptions des médecins généralistes à visée antalgique [7].

Tableau II : Prescriptions des médecins généralistes dans un but antalgique
(Livre Blanc de la Douleur, p.49)

	Nombre de patients traités	**Part relative**
TOTAL des prescriptions pour la douleur	**129 359 037**	**100%**
Antalgiques de Palier I	64 800 179	50,1%
AINS	23 020 790	17,8%
Antalgiques de Palier II	20 270 790	15,7%
Antispasmodiques	8 326 263	6,4%
Myorelaxants	7 976 528	6,2%
Antimigraineux	3 641 052	2,8%
Antiépileptiques*	522 539	0,4%
Antalgiques de Palier III	457 420	0,4%
Antidépresseurs*	343 425	0,3%

*Filtrés comme étant prescrits à titre antalgique pour des douleurs notamment neurologiques, et non pour dépression ou épilepsie.

Ce qui ressort de cette observation est très parlant. Les A.I.N.S. et les antalgiques de palier I et II sont les plus prescrits (83,6%). Les antiépileptiques et les antidépresseurs n'ont été prescrits que chez 0,7% des patients. Les antalgiques de palier III (opioïdes forts) n'ont seulement été prescrits que chez 0,4% d'entre eux.

Cependant, ces derniers représentent la plus forte augmentation de prescription en volume des antalgiques vendus en officine. Entre 1998 et 1999, une augmentation de 15,6% est observée contre 2,6% pour l'ensemble des médicaments. Entre 1999 et 2000, l'augmentation est de 20,1% contre 0,2% pour l'ensemble des médicaments. Cette augmentation se poursuit en 2002 avec +4,02%, +4,33% en 2003 et +4,63% en 2004 [7]. Ceci témoigne d'une amélioration de la réponse médicale à la douleur.

2. Textes législatifs sur l'obligation de soulager la douleur en France

Aucun médecin ne peut ignorer la place que le droit veut conférer à la lutte contre la douleur. Mais les textes législatifs et réglementaires sont rédigés de telle sorte que, si la force du principe est solennellement rappelée, sa mise en œuvre est renvoyée aux acteurs de la santé. C'est à eux qu'il revient de donner à la loi tout son sens [10].

Ainsi, la prise en charge de la douleur doit désormais d'exprimer pleinement dans les pratiques professionnelles. Dans cet objectif, la C.C.L.D. a essentiellement une fonction de synthèse à visée pédagogique.

a) Les textes juridiques relatifs à l'obligation de soulager la douleur en France

L'obligation de prise en charge de la douleur est le résultat d'une succession de textes :

- Circulaire DGS-DH n°94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques ;

- Circulaire DGS-DH n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé

Article 2 de la Charte : DES SOINS
« (…) Au cours de ces traitements et ces soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement, en application de la loi n° 95-116 du 4 février 1995. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques permet d'apporter, dans la quasi-totalité des cas, une réponse aux douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants, des adultes ou des personnes en fin de vie. (…) »

- Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, articles 37 et 38, codifiés aux articles R. 4127-37 et R. 4127-38 du code de la santé publique :

Article R. 4127-37 : « **I.** *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. (…)»*

Article R. 4127-38 : « *Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. » ;*

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cette loi pose le principe que la prise en charge de la douleur est un droit fondamental ;

- Code de la santé publique, article L. 1110-5 dans sa version issue de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, art. 1er :

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. (…) »*

- Code de la santé publique, article L. 1112-4 dans sa version issue de l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°200-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. 1er :

Article L. 1112-4 : *« Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. (…)*
Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi ou des personnes âgées. »

L'analyse de ces textes ne peut se faire sans tenir compte des trois plans douleurs successifs. [17] :

- Le 1er plan douleur (1998-2001) définit le postulat « *la douleur n'est pas une fatalité.* » et l'inscrit comme une priorité de santé publique ;

- Le 2ème plan (2002-2006) marque une étape supplémentaire en établissant un contrat d'engagement de lutte contre la douleur ;

- Le 3ème plan (2006-2010) définit comme enjeu de santé publique la coordination européenne des politiques de recherche et de programmes de prise en charge de la douleur. Il fixe comme priorité l'amélioration de la prise en charge des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie, l'amélioration de la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients, l'amélioration des modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.

b) L'obligation de la prise en charge de la douleur

L'article L. 1110-5 du code de la santé publique pose le principe selon lequel toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. A la notion de droit s'oppose celle de devoir. Dès lors, le médecin, quelle que soit sa spécialité (médecin généraliste, cardiologue, chirurgien, ….), a l'obligation de prendre en considération la douleur et s'efforcer de la soulager.

En parallèle, les règles de déontologie professionnelle s'intéressent également au traitement de la douleur. La règle de déontologie, règle du devoir moral, est par nature non écrite même si le code de déontologie médicale s'inscrit dans un cadre légal. Le Conseil d'Etat a même estimé qu'au-delà de ce cadre, la déontologie reposait sur des principes fondamentaux de valeur supra-législative avec pour premier d'entre eux, le principe du respect de la dignité de la personne. Lorsque le code de déontologie comporte une règle suffisamment précise, les tribunaux la retiennent comme véritable règle de droit de la valeur d'un décret [10].

La question de la douleur apparait à l'article R. 4127-37 du code de la santé publique dans les termes suivants : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement. (…)* ». Le devoir médical est clairement défini. La jurisprudence en précise sa portée. L'obligation pesant sur les médecins est de donner des soins conformes aux données acquises de la science à la date des soins (Cour de Cassation, 6 juin 2000).

Ainsi, le droit est parvenu à s'intéresser de manière active au traitement de la douleur. Mais s'agissant de données si personnelles, la portée de ces règles de droit générales se mesure qu'à travers le jeu de la responsabilité. Dès lors que la lutte contre la douleur est entrée dans le champ du droit, elle suppose la possibilité d'une sanction. Le cas échéant, toute faute médicale dans la prévention ou le traitement de la douleur est susceptible d'engager sa responsabilité civile et/ou disciplinaire [17].

Dès lors, il est donc incontestable que chaque professionnel de santé se doit de garantir une prise en charge de la douleur.

c) L'apport de la C.C.L.D. dans un contexte juridique diversifié et contraignant

La C.C.L.D. ne représente pas une obligation légale venant s'ajouter au corpus juridique sus-exposé.

L'abondance des textes relatifs à la prise en charge de la douleur atteste de son importance. Mais cette diversification des sources du droit rend plus complexe l'accessibilité des obligations juridiques. Dans ce contexte juridique, la C.C.L.D. réalise un travail de synthèse en regroupant en un seul document le corpus juridique de la douleur et en présentant les données essentielles de la prise en charge de la douleur.

De plus, la portée pédagogique de cette synthèse guide le professionnel de santé dans la mise en œuvre de ses obligations légales au quotidien. En accompagnant le médecin à donner « *des soins consciencieux et conformes aux données actuelles et acquises de la science* », elle contribue à rendre effective l'obligation de prise en charge de la douleur et le protège de la mise en jeu de sa responsabilité.

Enfin, au-delà du droit, elle témoigne d'un engagement personnel du médecin y adhérant. L'adhésion à la C.C.L.D. n'étant pas obligatoire, cet acte s'apparente à une affirmation symbolique forte.

3. Des progrès restent à faire

Selon le Livre Blanc de la Douleur, des explications claires sur la cause de la douleur n'auraient été données que par 57% des médecins généralistes et 79% des médecins spécialistes. La durée de consultation n'est pas précisée dans cette enquête et aurait pu être un renseignement précieux pour interpréter cette donnée [7]. Néanmoins, on peut aisément imaginer que les patients posent plus de questions aux spécialistes sachant qu'ils disposent d'un temps de consultation plus long.

Concernant la thématique de l'évaluation de la douleur et son importance pour une prise en charge correcte de la douleur et du patient douloureux, 87% des médecins toutes spécialités confondues déclarent évaluer la douleur, cependant seuls 41,5% des médecins généralistes et 33% des spécialistes déclarent utiliser un outil standardisé tels que ceux cités précédemment [7].

4. Conclusion

On peut dire que la douleur est une priorité de santé pour 54% des français. Malgré l'ensemble des moyens disponibles, malgré la mise en place par les autorités des *Plans douleur* et du *Programme national de lutte contre la douleur* (2001-2005), de nombreux besoins restent insuffisamment satisfaits.

Si 90% des français considèrent que des progrès ont été réalisés dans le domaine de la prise en charge de la douleur, une très grande majorité d'entre eux (96%) estiment que des progrès restent à faire.

Parmi les progrès identifiés, on relève [7]:

- une meilleure prise de conscience de la douleur par les médecins (73%) ;
- une meilleure prise en charge de la douleur chez les enfants (70%) ;
- une utilisation plus généralisée de traitements pour éviter la douleur (68%) ;
- l'apparition de nouveaux médicaments pour traiter la douleur.

Les améliorations les plus attendues par les français sont [7]:

- une amélioration des pratiques médicales de prise en charge (43%) ;
- une meilleure information des patients (32%) ;
- plus de moyens (29%) ;
- une amélioration de la prise en charge psychologique (18%) ;
- une amélioration de la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées (7%), les enfants (7%) et les personnes handicapées (6%).

Autre point noir, malgré les *plans douleur* et les progrès thérapeutiques, la prévention des douleurs induites par les actes diagnostiques ou thérapeutiques ne serait pas une pratique habituelle pour 57% des médecins libéraux, toutes spécialités confondues [7].

Enfin, l'augmentation de la prescription et de la consommation d'antalgiques, notamment les opioïdes forts, traduit une meilleure prise en charge globale des malades douloureux. On soulignera aussi que l'essentiel réside dans le bon usage de ceux-ci en respectant les recommandations de bonne pratique basées sur l'*evidence based medecine*, publiées par les sociétés savantes (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé…). Toutefois, il ne faut jamais considérer en thérapeutique que la quantité de médicaments prescrits ou consommés a en soi valeur de qualité, notamment pour les douleurs chroniques rebelles [1].

E. Pourquoi la Charte Contre La Douleur (C.C.L.D.) ?

1. Les chartes au secours de la société

La douleur est un phénomène de société et de santé publique considérable qui ne saurait laisser aucun d'entre nous indifférents. Malgré la prolifération des chartes, si vous ne vous intéressez pas à elles, les chartes d'une façon où d'une autre s'intéresseront à vous. Dans bien des domaines, on publie des chartes afin de mettre des « garde-fous » et de respecter une éthique. Ceci est d'autant plus important dans le domaine de la santé.

Plusieurs secteurs ont favorisé l'éclosion des chartes [2]:

- Une banalisation des inégalités : le mépris de la dignité conduit à l'exclusion ;
- Une société en état de crise : la perte des repères génère des dérives ;
- La nécessité d'un retour à un nouvel ordre moral : en élaborant, en proclamant une charte, on se refait une vertu, une moralité.

Se trouve posé le problème de l'utilité des chartes : souci de clarté, accessibilité et compréhension par rapport à certains textes de loi inintelligibles (10 pages pour la loi Evain, une seule pour la Charte de l'hôpital sans tabac).

a) Qu'est-ce qu'une charte ?

(1) Définitions

- Le Petit Larousse Illustré édition 2009 : du latin *charta*, papier

  1/ loi, règle fondamentale. La charte des droits de l'homme
  2/ ensemble des lois constitutionnelles d'un état. La grande charte d'Angleterre de 1215
  3/ titre qui consignait des droits, des privilèges, ou qui réglait des intérêts au moyen-âge

- Dictionnaire latin-français F.Gaffiot édition n° 48, 1994 : Le mot *charta* selon l'emploi confère plusieurs significations :

  1/ feuille de papyrus préparée pour recevoir l'écriture
  2/ papier
  3/ papyrus (la plante)
  4/ écrit, livre (chartae Socraticae)
  5/ feuille de métal, de plomb.

Pour nous, elle est un document qui résume en un nombre de points précis une bonne conduite citoyenne ou des recommandations éthiques sur un sujet ou un secteur d'activité de la société.

(2) Principes de la charte

De par son essence même, la charte se veut utile. Elle sécurise le « donateur » et conforte le « récipiendaire ».

Au moyen-âge, les chartes faisaient référence aux coutumes et usages. Coutumes et usages sont des notions que le droit contemporain continu d'utiliser à défaut de repères précis ou de lois existantes.

Les chartes contemporaines, plus précisément les chartes professionnelles, corporatistes, vont énoncer des conduites, des règles en accord avec les usages d'une profession, usages et coutumes jugés équitables, conformes à des normes qui engagent les signataires en obéissant à un formalisme et revêtant un caractère solennel.

Une charte n'est jamais innocente. En signant une charte, un organisme, une corporation ou une association peuvent le faire pour plusieurs raisons : se démarquer des concurrents, écarter de son sein poujadistes de tous bords aux motivations équivoques et ambitions personnelles, affirmer par le biais de cette charte un caractère de solennité et faire savoir qu'en cas de manquement, elle s'expose à la vindicte publique.

Toutes ces chartes sont [2]:

- **mobilisatrices** (attention, ne restez pas indifférent au handicap, ça peut vous arriver) ;
- **revendicatrices** (elles entendent faire appel à l'opinion, aux pouvoirs publics) ;
- **militantes** (halte à la discrimination, le handicapé a droit à la différence, mais cette différence ne doit pas être source de marginalisation) ;
- **pédagogiques** (elles expliquent, commentent) ;
- **ambitieuses** (le handicapé se doit d'être l'acteur de sa vie « marche vers l'autonomie : deviens qui tu es ») ;
- **citoyennes** : laïques (citoyenneté par l'intégration du handicapé dans ses droits et devoirs) ;
- **marquées par la Charte Universelle des Droits de l'Homme** ;
- **empreintes de courage, d'espoir** ;
- **innovantes** (par leur ton).

Signer une charte, c'est aussi signer le respect des règles morales qui y sont énoncées, mais aussi affirmer une « appartenance ». Leur but est de se mettre au service des autres, se déployer sur tous les terrains de la solidarité, de l'accompagnement.

Altruisme, dignité de la personne humaine, respect de celles et ceux qui s'engagent sur tous les fronts de la bienfaisance, les chartes forment le socle d'une nouvelle dynamique sociale.

b) Valeur juridique des chartes

A présent, il est légitime de se poser la question de la valeur juridique des chartes.

Définition de la Loi : « texte ou décision voté par le parlement, promulgué par le Président de la République et publié au Journal Officiel pour son application ».

La Loi est applicable à tous : c'est une obligation de la vie sociale, et sa violation entraîne des sanctions. Les décrets d'application une fois publiés, elle revêt son caractère absolu. Son équivalent au plan international serait la convention (directive au plan européen), devant être ratifiée par chacun des états membres et appliquée obligatoirement sous l'œil d'un organisme de contrôle ayant un pouvoir de sanctions.

La charte, elle, sur le plan international serait plus à rapprocher de la déclaration, avec ses principes généraux, recommandations, sans pouvoir contraignant.

La charte, sur le plan national, peut être un écrit consignant des droits, des règles applicables à un groupe d'individus, à tous les citoyens d'un pays ou de plusieurs pays (charte internationale).

Elle peut être soit [2] :

- un document officiel émanant d'instance officielle (ex : Charte du Patient Hospitalisé émanant du Ministère de la Santé) ;
- un document à caractère privé, règle collective élaborée par un groupe (ex : Charte de la Personne Agée Dépendante rédigée par la Fondation Nationale de Gérontologie).

Selon que la charte émane de l'une ou l'autre des instances citées, elle donnera lieu ou non à sanction. Par exemple si la Charte du Patient Hospitalisé est violée, la référence au texte de loi correspondant est facile à faire et donnera lieu à des sanctions par la Haute Autorité de Santé.

Si la charte élaborée par un groupement associatif n'est pas respectée par l'un de ses membres signataires, la sanction ne peut se situer sur un plan civil ou pénal (sauf en cas de détournement de fonds). Une association ne peut, au travers d'une violation de l'un de ses articles de sa charte, se porter partie civile devant les tribunaux. La sanction prévue est l'exclusion du groupement, sa radiation pure et simple [2].

Un code de déontologie n'est pas une charte et est à ce titre plus rigoureux. L'Ordre, une institution légale, qui l'a voté peut sanctionner par la suspension de l'exercice professionnel, la radiation temporaire ou définitive, sans préjuger de poursuites pénales et civiles.

La charte pose un cadre de règles dont la violation ne peut être légalement sanctionnée et reste, pourrait-on dire, au premier degré dans l'échelle des peines. Faut-il parler de valeur juridique nulle ?

Respecter une loi ne peut se faire que sous la contrainte, que la loi plaise ou déplaise. Savoir qu'une sanction, bien sûr nécessaire à l'ordre social, est prévue fait peser sur tout citoyen une pression difficilement supportable dans certaines conditions.

A contrario, adhérer à une charte se fait sans la contrainte. Le signataire peut y adhérer ou non. Savoir qu'aucune sanction (hormis au maximum l'exclusion) n'est prévue fait peser par loyauté sur lui un niveau de responsabilisation plus élevé que ne le ferait une loi. C'est l'honneur du citoyen qui est ici en jeu, son code moral.

Le mot « «*Charte »* a un impact fort, ne serait-ce que parce qu'il a valeur de symbole dans notre inconscient collectif.

La faiblesse de toutes les chartes, mais aussi leur force, est de privilégier l'engagement moral même si elles n'ont pas le pouvoir de sanctionner civilement, pénalement. Seule la loi peut suppléer aux cas litigieux. Il est certain que si les chartes avaient ce pouvoir, elles doubleraient la loi. C'est aussi la force de la charte que d'imposer le respect d'une éthique, la soumission volontaire à un code moral. Ce double impact peut valoir de « force de loi » dans la conscience de chacun d'entre nous [2].

c) Exemples de chartes

La Charte des Nations Unies (San Francisco, 26 juin 1945) : véritable constitution de la société internationale, amendée en 1963 et 1971, elle est toujours en vigueur aujourd'hui. Elle internationalise la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales, chère à nos cœurs, dans un document de cent-onze articles. Le préambule débute par une proclamation solennelle en « *la foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine*».

La Charte de la Citoyenneté (Maison de Grenelle, 1996) : Imprégnée d'un élan porteur de progrès démocratique qui s'inscrit souvent dans de nouvelles normes, elle rassemble des propositions ou règles contractuelles privilégiant la notion de proximité, d'altruisme, d'ouverture à l'autre.

La Charte du Promeneur en Forêt : en huit points précis, cette charte rappelle devoirs et respect dus à l'environnement. En somme, une charte rédigée en quelques points précis et clairs peut avoir une portée plus grande que des textes grandiloquents qui gagneraient beaucoup à retrouver les chemins de la simplicité.

Une charte ne peut avoir d'efficacité qu'en étant courte. Au-delà, elle devient affaire de spécialistes. Elle tombe dans le carcan des lois : on y perd le fil conducteur. Si elle n'accroche pas sur des points précis, elle perd en applicabilité.

La Charte de l'Ethique des Affaires (1990) : elle a été l'une des premières initiatives. Le monde des affaires est un monde où règne une concurrence impitoyable, une jungle a-t-on coutume de dire. C'est à qui pourra écraser l'autre sans laisser de place aux sentiments et à la loyauté. Gardons en mémoire tout de même que l'esprit et la culture d'entreprise sont forcément des valeurs orientées vers le seul profit. Politique de bons sentiments ? Chartes alibis ? Parades astucieuses ? Certains grands groupes prennent le pari d'une charte qui interpelle pour être en marge de l'éthique. La charte a toujours et plus que jamais cette solennité qui la démarque de la loi, d'un règlement pour peu qu'elle soit appliquée et ce de façon pérenne.

La Charte des Devoirs Professionnels des Journalistes Français (S.N.J., 1918/1938) : contrairement aux médecins et avocats, régis par un ordre et l'observance d'un code précis, les journalistes ne sont pas soumis aux mêmes institutions légales. Il n'est nullement exigé de diplôme pour être journaliste. La « charte déontologique de 1918 » semble bien loin aujourd'hui à l'aire d'internet. Des informations non vérifiées, non recoupées, issues de forums et autres blogs font la une du « 20 heures » et des journalistes professionnels de talent osent parler d'investigation. Aujourd'hui, devant la profusion des médias rois, plus rien ne choque et les rédactions ne se fendent même plus en excuse quand une telle chose se produit. Certaines chartes ne mériteraient-elles pas d'être révisées ?

d) Impact des chartes sur la pratique médicale

(1) Les chartes sur le front de la dignité

Au cours des dernières décennies, notre société a privilégié beauté, jeunesse, hédonisme, individualisme, rejetant de fait tout ce qui s'apparentait de près ou de loin à la laideur. Elle en est arrivée à occulter la mort et tout ce qui gravite autour d'elle : perte de rituel, accompagnement du deuil, après avoir ignoré le mourant voué à une solitude poignante et dramatique. Les soins palliatifs ont pu se développer à la faveur de tous ces facteurs propices à redonner au mourant sa dignité d'être humain tout autant que sa reconnaissance sociale parmi les vivants.

Elles sont importantes et en voici une liste non exhaustive :

- Charte du Patient Hospitalisé ;
- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ;
- Charte de l'A.C.P.P.A. (Accueil et Confort Pour Personnes Agées) ;
- Charte de qualité pour vivre sa dépendance à domicile ;
- Charte Internationale France-Alzheimer ;
- Charte des Soins Palliatifs ;
- Charte des Droits du Mourant ;
- Charte : donnons des couleurs à l'hôpital.

Toutes ces chartes sont souvent la traduction de grandes menaces qui planent sur ces populations vulnérables, à fortiori celles qui sont en état de grande dépendance. Ces chartes sont aussi les prémices de ce que pourrait être notre monde de demain. L'explosion démographique de la population serait alors propice aux dérives, discriminations, exclusions et désocialisations des plus vulnérables. Affirmer des droits, répéter sans cesse les refrains de la dignité par des chartes garde-fou est louable. Mais au fond, le mal est plus grand, plus profond car on est dépendant de milieux autres que le sien.

Ce que l'on constate des patients hospitalisés ou des personnes âgées dépendantes en institution « soumises », « passives », c'est qu'ils se réfugient dans le repli ou le sommeil. Celui ou celle qui dérange, qui questionne, qui s'informe, ne plait pas toujours. Perturbateur de la bonne marche du service, le voilà aussitôt mis à l'index. Pourtant, une révolte, une critique, ne sont-elles pas l'expression d'une société qui avance, d'un corps qui vit ? Or, une charte ne saurait défendre une cause individuelle, mais bien une cause collective.

(2) Les chartes au secours du handicap.

Le patient handicapé demeure, en dépit des textes et des lois, le parent pauvre de notre société. C'est dans beaucoup de cas aux associations, aux bénévoles que revient le grand mérite des quelques améliorations apportées à la vie des handicapés, laissant bien loin derrière les pouvoirs publics, certes présents sur cette scène mais qui hélas avancent à pas comptés :

- La Charte d'Arras (1978) et connue sous le nom de charte de l'A.P.A.J.H. (Association nationale Pour Adultes et Jeunes Handicapés) : c'est un texte d'une trentaine de pages, divisé en 3 grands chapitres : principes, moyens, missions. Sa particularité est de ne pas aborder tel ou tel type de handicap ;

- La Charte de l'Association des Paralysés de France (A.P.F.) : elle contient bien tous les critères des chartes. En octroyant des privilèges, créant des obligations, elle donne une dimension supplémentaire : elle revendique, optant pour une action résolument militante ;

- La Charte d'accompagnement de l'A.D.A.P.E.A.I. de l'Aveyron : elle s'adresse spécifiquement aux personnes atteintes de handicap mental. La notion d'accompagnement y prend une valeur primordiale.

(3) Chartes au nom de la défense de la médecine libérale

Les chartes, par leur vocation première, sont utiles pour moraliser et/ou valoriser certaines professions, notion applicable à la médecine de la douleur mais également à la médecine générale. Cette dernière ayant retrouvé ses lettres de noblesse au sein des Facultés de Médecine suite à des luttes importantes.

De 1994 à 1997, de nombreuses chartes sont nées pour sauver la médecine libérale. En juin 1998, le Conseil d'Etat annule toutes les conventions (généralistes, spécialistes). Le « médecin référent » meurt de sa belle mort et avec lui toutes les chartes qui ont traversé les années 94-97. Ceci impose la mise en place d'une nouvelle convention qui sera ratifiée le 12 janvier 2005.

L'informatisation de la médecine libérale pose également un problème (maîtrise comptable, fichage, secret médical) d'où la mise en place par l'Organisation Professionnelle d'Harmonisation en Informatique de Santé (O.P.H.I.S.) d'une charte de bonne conduite en direction des fournisseurs et industriels et d'un label « Cert'OPHIS » devant obéir à des règles strictes à quatre niveaux : sécurité, fonction d'échange de données, contrat de bonne pratique commerciale, suivi du service après-vente. Cette charte ne règle pas tout : suivi, mise à jour des logiciels, éthique et déontologie, confidentialité. Beaucoup de médecins libéraux se sentent perdus malgré les bonnes intentions de l'O.P.H.I.S.

2. Présentation de la Charte Contre La Douleur

a) Un document citoyen

La vocation de la C.C.L.D. est de confirmer l'engagement de tous les acteurs concernés par cet important problème de société qu'est la lutte contre la douleur, dans le cadre de la mission universaliste et humaniste de notre système de santé.

Dans de nombreux domaines, la rédaction d'une charte, « document citoyen », l'adhésion à celle-ci, sa publication et si nécessaire sa ratification, ont permis de renforcer la confiance entre les personnes et d'améliorer les comportements.

D'une manière générale, dans notre société, en dehors d'événements marquant l'opinion publique, les idées évoluent lentement; a fortiori leur mise en application. Il en est ainsi de la lutte contre la douleur, sensation autant qu'émotion, fortement marquée de valeurs cliniques, culturelles et spirituelles. La douleur concerne plus de 50% des malades et représente un véritable enjeu de santé publique. Si l'on note des avancées notoires en matière de prise en charge de la douleur, obtenues grâce à la recherche, à des efforts de formation et de communication, les enquêtes du long et rigoureux travail des « Etats Généraux de la Douleur » révèlent que ces acquis doivent être confortés. En effet, dans le Livre Blanc de la Douleur (2005), **« 96% des français estiment que des progrès conséquents restent à faire »**. La charte s'inscrit dans le droit fil des recommandations éthiques, déontologiques et médicales pour parfaire les bonnes pratiques de lutte contre la douleur.

b) Un travail pluridisciplinaire

De nombreuses équipes ont collaboré à la rédaction de cette charte sous la coordination du Docteur Pierre TAJFEL, responsable de l'Unité Douleur du Centre Hospitalier de Versailles, Yvelines (78) et de Madame Florence MORILLE, psychologue clinicienne à Angers, Maine-et-Loire (49).

Ont participé à la rédaction :

- Jean-Luc AUDHOUI (pharmacien, Versailles) ;
- Hubert DECHY (neurologue libéral, Versailles) ;
- Christine FORT (infirmière douleur, Versailles) ;
- Patrick GINIES (responsable C.E.T.D., Montpellier) ;
- Patrick HENRY (président du CLUD, C.H.U. de Bordeaux) ;
- Ivan KRAKROWSKI (oncologue médical, C.L.C.C. de Nancy) ;
- Jacques MASSOL (professeur de thérapeutique, C.H.U. de Besançon) ;
- Jacques MEYNADIER (chef département anesthésie-réanimation-douleur, Lille) ;
- Evelyne PICHARD (chef du centre de la douleur de l'adulte et de l'enfant, I.G.R. Villejuif) ;
- Oleg POLIAKOW (psychologue clinicien, Paris) ;
- Patrice QUENEAU (professeur de thérapeutique, C.H.U. de St Etienne) ;
- Evelyne SHUSTER (spécialiste en éthique médicale, Philadelphie, Etats Unis) ;
- Patricia TAJFEL (citoyenne, Versailles).

Toute la gratitude des auteurs s'exprime pour sa précieuse contribution à Mr Claude BENAYOUN, auteur du mémoire «Chartes : vous avez dit charte? Et si nous en parlions?» qui a inspiré le concept de ce travail.

c) Le texte de la C.C.L.D.

Les dix-huit articles de la Charte concernent les douleurs et les patients douloureux rencontrés dans toutes les disciplines de la pratique médicale.

Art. 1: La douleur n'est plus une fatalité

Quelle que soit son origine, **la douleur n'est plus admise comme une fatalité**. Il existe des moyens pour la soulager. Les énoncés ci-dessous sont proposés dans les limites de la sécurité du patient, des connaissances scientifiques, des principes déontologiques et éthiques. *

Art. 2: Croire à la douleur de l'autre

Croire une personne qui se plaint de douleur physique ou décrite en tant que telle, c'est respecter l'intégrité et la dignité du patient. *

Art. 3: La douleur : une souffrance à part entière

Toute douleur devrait être prise en compte non seulement pour sa valeur diagnostique, mais aussi pour la **souffrance** qu'elle provoque et bénéficier d'un soulagement. *

Art.4: Evaluer la douleur.

Evaluer une douleur c'est lui donner sa juste valeur. Son évaluation devrait se faire à l'aide d'outils validés, au même titre que les autres **paramètres cliniques** et figurer sur les documents médicaux du malade. *

Art. 5: Soulager sans attendre

Grâce aux progrès des techniques biomédicales, le soulagement de la douleur peut se faire **en même temps** que la recherche de sa cause et de son traitement. *

Art. 6: L'éducation à l'évaluation et au traitement de la douleur

Pour mieux soulager, l'enseignement et la formation à l'évaluation et au traitement de la douleur devrait être une priorité pour les professionnels de santé. *

Art. 7: Disponibilité des antalgiques.

Le malade devrait pouvoir **bénéficier à tout moment des traitements adaptés à sa douleur**. Il est ainsi souhaitable que les professionnels de santé disposent des antalgiques forts et que les pharmaciens, de leur côté, puissent délivrer dans les meilleurs délais un antalgique prescrit, **notamment les opioïdes. ***

Art. 8: Prévenir la douleur

Avant et après les gestes présumés douloureux, des moyens antalgiques adaptés à l'état singulier du patient, devraient être appliqués. *

Art. 9: Bénéficier d'un avis spécialisé douleur.

L'avis d'un médecin spécialisé dans l'évaluation et le traitement de la douleur est souhaitable pour tout patient souffrant d'une douleur persistante insuffisamment soulagée.*

Art. 10: La douleur chronique, un phénomène pluridimensionnel.

Tenant compte des dimensions cliniques, psychologiques, socioculturelles et familiales d'une **douleur chronique,** elle devrait être prise en charge globalement et bénéficier d'une évaluation et d'un suivi par une équipe **pluridisciplinaire. ***

Art. 11: La douleur chez les personnes vulnérables

La prise en compte de la douleur chez les **personnes vulnérables -** peu ou pas communicantes **-** sous-entend une attention particulière pour rechercher **les signes observables, témoignant d'une douleur** (handicapés, patients dans le coma, jeunes enfants, personnes âgées, exclus…).*

Art. 12: Des moyens adaptés contre la douleur de l'enfant

L'évaluation et la prise en compte diagnostique et thérapeutique de la douleur des nourrissons et des enfants devraient se faire avec des moyens adaptés, **au même titre que pour les adultes.***

Art. 13: Les traitements antalgiques complémentaires.

L'appel à des **thérapeutiques non médicamenteuses** dépourvues d'effets indésirables, devrait être **respecté** et intégré dans certains projets de prise en charge de la douleur. *

Art. 14: Information du patient sur sa douleur

Dans le cadre du devoir d'information, le malade devrait pouvoir **être informé** des possibilités diagnostiques et thérapeutiques concernant sa douleur. Lorsque la communication avec le malade est impossible, ces informations devraient être données à son entourage désigné ou au représentant légal. *

Art. 15: Le libre choix du patient pour sa douleur

Participant à son projet thérapeutique, seule la volonté du malade sera prioritairement prise en compte: accepter ou refuser les traitements qui lui sont proposés contre la douleur. *

<u>Art. 16:</u> Les dommages psychologiques et sociaux de la douleur.

Les conséquences psychologiques et sociales de la douleur des malades accidentés ou atteints de maladies professionnelles, devraient être systématiquement évaluées et prises en compte dans l'estimation des dommages et le calcul des indemnisations. *

<u>Art. 17</u>: Reconnaissance administrative des traitements antalgiques.

Dans le respect du principe de précaution, un traitement déjà étudié et admis par la communauté scientifique pour avoir une utilité antalgique, devrait pouvoir faire l'objet d'une **reconnaissance administrative dans les meilleurs délais** (AMM, délivrance, prise en charge…).*

<u>Art. 18:</u> Accès aux traitements de la douleur.

L'accès aux traitements de la douleur devrait être facilité par l'attribution de budgets spécifiques pour la mise en place de structures de prise en charge de la douleur et une meilleure information du public et des professionnels de santé sur leur existence, ainsi que sur les médecins et les paramédicaux formés à cette approche.*

(*) Références

La rédaction de cette charte s'appuie sur des références bibliographiques, des textes officiels et des témoignages de patients, qui sont à disposition sur demande auprès du comité rédactionnel.

3. Objectifs de la C.C.L.D.

a) Vers un changement des mentalités

Dans les domaines où la vulnérabilité est omniprésente, la C.C.L.D. occupe une place de choix (personnes malades, enfants, personnes âgées, handicapés, santé mentale). La C.C.L.D. vient en quelque sorte suppléer les carences de la loi dans le domaine de la lutte contre la douleur, insuffisamment appliquée, ignorée voire bafouée. Généralement, les chartes posent des principes clairs, appellent à des recommandations directes, ne brandissant jamais la sanction du fait même qu'elles n'ont aucune valeur juridique. La C.C.L.D. a ceci de particulier de permettre, en cas de violation dommageable d'un de ses principes, de remonter à la loi pour en demander l'application et pourquoi pas, à l'avenir, réparation.

Certains pourront ironiser, « Trop de charte tue la charte ! ». Mais dans ce domaine particulier, abondance ne nuit pas. Les chartes devancent la loi constituant des garde-fous utiles, évitant des dérives inévitables dans de nombreux domaines. Face aux lois, les chartes paraissent bien minces, mais peuvent être une solution au « tout répressif ». Faute de doublons, elles permettent d'éclaircir la loi, de la rendre plus accessibles aux citoyens dénués de compétence juridique, le tout en recommandant plutôt qu'en commandant.

Invitation à faire ou ne pas faire, la C.C.L.D. appelle à la conscience morale de chacun. La loi, rédigée en termes parfois obscurs, assortie de sanctions effraie le citoyen le plus enclin à la respecter. Si la loi s'adresse à la raison, la C.C.L.D. s'adresse tant au cœur qu'à la conscience de chacun d'entre nous et représente une alternative au tout répressif.

Même si aux yeux de beaucoup elle n'est que la panacée du « moralement correct », son utilité est certaine, ne serait-ce que par l'écho, les retombées dans de nombreux secteurs de la vie sociale. La C.C.L.D. est globalement porteuse d'un message. A nous de le décrypter, de le diffuser et face à la réalité, à nous de nous battre pour l'appliquer. Mieux encore, elle peut dans le quotidien nous permettre à nous, médecins, d'exercer notre devoir déontologique, sans qu'il soit nécessaire qu'une prochaine loi nous y oblige.

b) L'intérêt des patients doit primer

« Une charte de plus » va-t-on dire ! Peut-être, mais celle-là s'impose autant que la Charte du Patient Hospitalisé. De par la fréquence du phénomène douloureux dans la pratique quotidienne, la C.C.L.D. devrait faire l'objet d'un affichage systématique partout où l'on soigne des malades. A la limite, sa diffusion devrait être généralisée.

Certains objectiveront « avec cette charte spécifique à la douleur, vous excluez les patients non douloureux et créez un ghetto… ! ». Nous ne le pensons pas, tout comme la Charte des Soins Palliatifs n'a pas vocation à marginaliser les mourants, bien au contraire !

La Charte du Patient Hospitalisé fait-elle seulement partie d'un enseignement auprès des soignants ? Il ne semble pas. Elle ne pourra être pleinement efficace qu'à la seule condition d'être inscrite dans les programmes de formation des personnels soignants. Il en est de même pour la C.C.L.D. qui devrait également être incluse dans l'enseignement « douleur » que reçoit chaque médecin et chaque professionnel de santé lors de sa formation.

c) La Déclaration de Montréal du 03 Septembre 2010

C'est lors du douzième Congrès Mondial de la Douleur à Montréal, Canada, que cette déclaration internationale a été promulguée (Annexe 6). Fruit d'un besoin ressenti internationalement par les professionnels de santé acteurs de la lutte contre la douleur, elle vient en quelque sorte justifier l'existence de la C.C.L.D.

En effet, nous rencontrons quotidiennement des patients dont la prise en charge de la douleur est inadaptée à son mécanisme, aux données actuelles concernant la chronicisation et ses retentissements. La souffrance pluridimensionnelle de la douleur est trop souvent sous-estimée, voire ignorée, et la C.C.L.D. nous rappelle notre devoir de médecin.

L'I.A.S.P. était obligée de procéder à la Déclaration de Montréal, compte tenu des lacunes évidentes dans ce domaine et elle est relayée entièrement à l'échelle nationale par la C.C.L.D.

III. L'ENQUÊTE, MATERIEL ET METHODE

A. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive visant à recueillir l'avis des médecins généralistes au sujet de la Charte Contre La Douleur ou C.C.L.D.

B. Approbation éthique

Il s'agit d'une étude descriptive n'entrainant aucune modification de la prise en charge thérapeutique des patients ni de la relation médecin-malade. Ce projet n'entre pas dans le cadre de la loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 modifiée et ne justifie pas l'approbation d'un comité d'éthique.

C. Les médecins répondants

Tous les médecins qui ont été sollicités ont pris le temps de répondre au questionnaire (Annexe 7) à l'exception d'un seul pour des raisons de surcharge de travail. Il y a au total 23 questionnaires remplis lors d'un entretien semi-dirigé, non chronométré, au cabinet du médecin lorsque celui-ci en possède un et à la « base » S.O.S. Médecins Yvelines (78) pour les médecins concernés.

D. Protocole

Pour chacun des dix-huit articles qui constituent cette charte nous demandons de répondre selon quatre degrés d'appréciation sur les trois critères suivants : pertinence, utilité et applicabilité, chacun de ces trois critères étant clairement défini ci-après. Par convention, on valide un critère s'il est majoritairement (plus de 50%) retrouvé et très retrouvé. Par exemple, si plus de 50% des répondants trouvent l'article N°1 pertinent et/ou très pertinent, ce critère sera alors validé.

On valide un article de la charte si et seulement si les trois critères sont majoritairement retrouvés.

Enfin la C.C.L.D. est jugée dans sa globalité par les médecins répondants en fin d'entretien, également selon quatre degrés.

E. Critères d'inclusion

Nous avons décidé d'inclure des médecins généralistes exerçant en libéral, que ce soit en cabinet en tant que titulaire ou en tant que médecin remplaçant, et des médecins exerçant une activité de type S.O.S., particulièrement confrontés à la douleur dans leur exercice quotidien.

F. Critères d'exclusion

Les médecins spécialistes hospitaliers et libéraux ainsi que les médecins généralistes purement hospitaliers sont exclus de cette enquête.

IV. RESULTATS

Les résultats de l'enquête sont présentés question par question telles qu'elles ont été posées aux médecins généralistes et seront interprétés de la même manière lors de la discussion. Par souci de clarté, nous répartissons les résultats suivant les thèmes : démographie, opinion, intention, approbation.

On rappelle que le type d'enquête est une étude qualitative sur un échantillon de 23 médecins.

A. Démographie de la population sollicitée

1. Age et sexe ratio

Q 1 : Votre identité :

Parmi les 23 médecins généralistes répondant, 11 médecins sont des hommes (47,8%) 12 sont des femmes (52,2%). Le graphique en secteur de la figure 14 ci-après illustre ce paramètre. L'âge moyen de cet échantillon est de 46,6 ans pour les femmes, 44,7 pour les femmes, 45,7 pour l'ensemble.

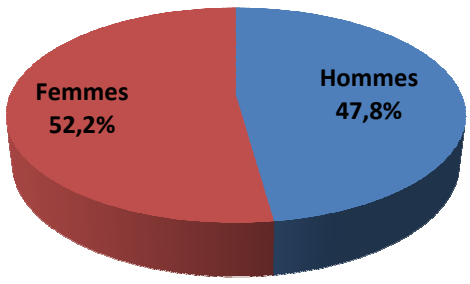

Figure 14 : Sexe ratio

2. Exercice de la profession de médecin généraliste

Q 2 : Exercice de la profession de médecin généraliste :

On constate que 13 d'entre eux sur 23 (56,5%) n'en ont aucune, 2 (8,7%) sont titulaires de l'association SOS Médecins Yvelines (78), 1 médecin (4,3%) pratique la mésothérapie à son cabinet, 1 autre (4,3%) s'est spécialisé dans une consultation orientée « maladies infectieuses », 2 d'entre eux (8,7%) ont en plus de leur activité libérale de ville une seconde activité salariée en unité de soins palliatifs, 1 médecin (4,3%) s'est totalement reconverti dans l'ostéopathie, 1 autre (4,3%) pour sa part s'est orienté à 75% vers l'hypnose et l'auriculothérapie et enfin 2 (8,7%) consultent en plus de leur activité libérale en unité d'addictologie. Les réponses à cette question sont rassemblées dans le tableau III ci-après.

Tableau III : Exercice de la profession de médecin généraliste

Orientation particulière	Nombre (N=23)	Pourcentage
Aucune	13	56,5 %
SOS	2	8,7 %
Mésothérapie	1	4,3%
Maladies infectieuses	1	4,3%
Soins palliatifs	2	8,7 %
Ostéopathie	1	4,3%
Addictologie	2	8,7 %
Hypnose et auriculothérapie	1	4,3%

3. Année d'obtention de la thèse

Q 3 : Année d'obtention de votre thèse :

Parmi les 23 répondants, l'année moyenne d'obtention de la thèse est 1992. On remarque qu'aucun d'entre eux n'a obtenu sa thèse entre 1970 et 1974, 2 médecins sur 23 (8,7%) ont obtenu leur thèse entre 1975 et 1979, 5 (21,7%) entre 1980 et 1984, 5 (21,7%) entre 1985 et 1989, aucun entre 1990 et 1994, 4 (17,4%) entre 1995 et 1999, 3 (13%) entre 2000 et 2004 et enfin 4 (17,4%) l'ont obtenue entre 2004 et 2009. L'histogramme ci-après par tranches de cinq ans de la figure 15 résume les périodes d'obtention de la thèse de médecine.

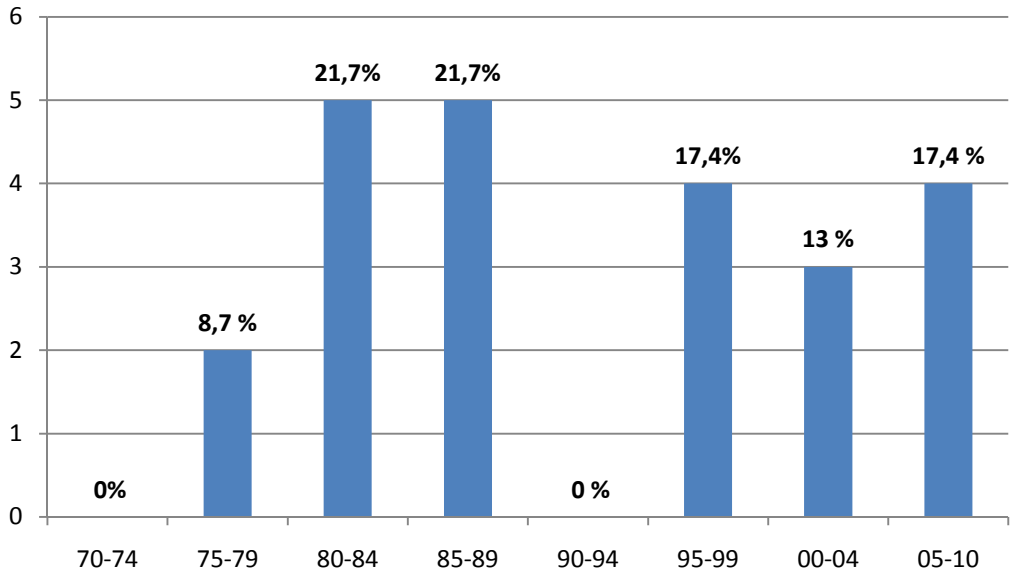

Figure 15 : Année d'obtention de votre thèse.

4. Diplômes spécifiques

Q 4 : Etes-vous titulaires de diplôme(s) spécifique(s):

On constate que 13 médecins sur 23 (56,5%) n'ont pas passé de diplôme spécifique et que ceux-ci sont les mêmes que ceux ayant répondu « aucune orientation particulière » à la question précédente. Aucun n'a passé le diplôme « Céphalées et migraines », seulement 2 (8,7%) ont passé le diplôme universitaire « Accompagnement et soins palliatifs » et 2 autres (8,7%) ont passé le diplôme « évaluation et traitement de la douleur », enfin 6 d'entre eux (26,1%) ont passé un diplôme spécifique n'ayant pas de rapport direct avec la prise en charge de la douleur. Le graphique en secteur de la figure 16 ci-après résume ce paramètre.

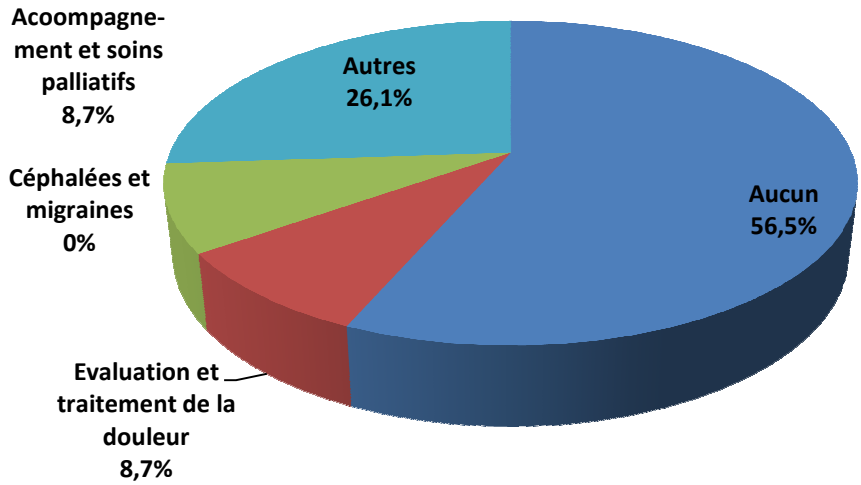

Figure 16 : Etes-vous titulaire d'un diplôme spécifique ?

B. Opinion sur la C.C.L.D.

1. En globalité

Q 5 : Votre opinion sur la C.C.L.D. Que pensez-vous de cette charte ? :

Parmi les 23 répondants :

- 9 médecins généralistes (39,1%) trouvent la C.C.L.D. très intéressante ;
- 12 médecins (52,2%) trouvent la C.C.L.D. intéressante ;
- 1 médecin (4,3%) trouve la C.C.L.D. moyennement intéressante ;
- 1 autre (4,3%) trouve la C.C.L.D. pas du tout intéressante.

Au total, 21 médecins généralistes sur 23, soit 91,3%, trouvent un intérêt dans la C.C.L.D. Les résultats sont rassemblés dans le tableau IV ci-après.

Tableau IV : Qu'avez-vous pensé de cette charte ?

	Nombre (N=23)	**Pourcentage**
Très intéressant	9	39,1%
Intéressant	12	52,2%
Moyennement intéressant	1	4,3%
Pas du tout intéressant	1	4,3%

2. Etude article par article

a) Définition des critères

La C.C.L.D. dénombre dix-huit articles (voir II.E.2.c p.60) abordant chacun une thématique spécifique de la prise en charge de la douleur et du patient douloureux en France.

Etudions maintenant chaque article selon trois critères : la pertinence, l'utilité et l'applicabilité.

Les définitions retenues pour ces trois critères sont les suivantes et ils sont jugés suffisants pour recueillir un avis détaillé du médecin interrogé. Leur choix fera l'objet de commentaires dans la discussion qui suit. Si les trois critères sont réunis, l'article est validé.

- **Pertinence** : caractère de ce qui est conforme à la raison, au bon sens.
- **Utilité** : caractère dont l'usage satisfait un besoin, est ou peut être avantageux.
- **Applicabilité** : possibilité de mise en œuvre.

Chaque critère est apprécié selon quatre degrés. Les 23 répondants valident chaque article grâce à la grille de réponse fournie lors de l'entretien semi-dirigé (Annexe 7). Le temps n'est pas chronométré.

Chaque article est résumé en une proposition simple incluse au sein de la grille afin d'éviter au médecin une relecture de la charte, ce qui pourrait nuire à la spontanéité de son avis.

Par convention, on valide un critère s'il est majoritairement (>50%) retrouvé et/ou très retrouvé. Par exemple, si plus de 50% des répondants trouvent l'article N°1 pertinent et/ou très pertinent, ce critère sera alors validé.

On valide un article si les trois critères requis sont majoritairement retrouvés. Les résultats détaillés sont consignés dans les grilles de réponse en annexe 8 page 108.

b) Résultats

Ci-après les dix-huit articles de la charte avec leur validation (ou non) selon les critères de l'étude :

*Article N°1 : « **La douleur n'est plus une fatalité** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 22 répondants (95,7%) et parmi ceux-ci, 14 (60,9%) le trouvent très pertinent ;
- majoritairement utile par 18 répondants (78,2%) ;
- majoritairement applicable par 19 d'entre eux (82,6%), 14 médecins (60,9%) le trouvent très applicable.

L'article N°1 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°2 : « **Croire à la douleur de l'autre** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 20 répondants (86,9%) ;
- majoritairement utile par 22 répondants (95,7%) et parmi ceux-ci 18 (78,3%) le trouvent très utile ;
- majoritairement applicable par 22 d'entre eux (95,7%).

L'article n°2 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°3 : « **La douleur : une souffrance à part entière** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 20 répondants (86,9%) et parmi ceux-ci, 14 (60,9%) le trouvent très pertinent ;
- majoritairement utile par 20 répondants (86,9%) ;
- majoritairement applicable par 21 d'entre eux (91,3%), 14 médecins (60,9%) le trouvent très applicable.

L'article n°3 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°4 : « **Evaluer la douleur** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 21 répondants (91,3%) ;
- majoritairement utile par 22 répondants (95,6%), très utile par 16 médecins (69,6%) ;
- majoritairement applicable par 20 d'entre eux (86,9%), 14 médecins (60,9%) le trouvent très applicable.

L'article n°4 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°5 : « **Soulager sans attendre** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 21 répondants (91,3%) et parmi ceux-ci, 14 (60,9%) le trouvent très pertinent ;
- majoritairement utile par 23 répondants (100%) ;
- majoritairement applicable par 22 d'entre eux (95,6%).

L'article n°5 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°6 : « **L'éducation à l'évaluation et au traitement de la douleur** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 19 répondants (82,6%) ;
- majoritairement utile par 19 répondants (82,6%), très utile par 16 répondants (69,6%) ;
- majoritairement applicable par 17 d'entre eux (73,9%).

L'article n°6 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°7 : « **Disponibilité des antalgiques** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 18 répondants (78,3%) ;
- majoritairement utile par 19 répondants (82,6%) ;
- majoritairement applicable par 18 d'entre eux (78,3%).

L'article n°7 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°8 : « **Prévenir la douleur** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 20 répondants (86,9%) et parmi ceux-ci, 16 (69,6%) le trouvent très pertinent ;
- majoritairement utile par 19 répondants (82,6%) ;
- majoritairement applicable par 20 d'entre eux (86,9%).

L'article n°8 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°9 : « **Bénéficier d'un avis spécialisé douleur** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 15 répondants (65,2%) ;
- majoritairement utile par 18 répondants (78,2%) ;
- En revanche, l'article n°9 est jugé majoritairement inapplicable par 13 d'entre eux (56,5%), 5 médecins (21,7%) le trouvent peu applicable.

L'article n°9 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis défavorable de la part des répondants selon les critères retenus pour ce travail. Il sera longuement discuté dans le chapitre discussion car les médecins le trouvent majoritairement pertinent et majoritairement utile.

*Article N°10 : « **La douleur chronique, un phénomène pluridimensionnel** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 22 répondants (95,7%) ;
- majoritairement utile par 18 répondants (78,2%) ;
- majoritairement applicable par 15 d'entre eux (65,2%).

L'article n°10 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°11 : « **La douleur chez les personnes vulnérables** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 22 répondants (95,6%) ;
- majoritairement utile par 18 répondants (78,2%) ;
- majoritairement applicable par 17 d'entre eux (73,9%).

L'article n°11 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°12 : « **Des moyens adaptés contre la douleur de l'enfant** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 22 répondants (95,7%) ;
- majoritairement utile par 23 répondants (100%) et parmi ceux-ci, 15 (65,2%) le trouvent très utile ;
- majoritairement applicable par 22 d'entre eux (95,6%).

L'article n°12 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°13 : « **Les traitements antalgiques complémentaires** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 22 répondants (95,7%) ;
- majoritairement utile par 21 répondants (91,3%) ;
- majoritairement applicable par 18 d'entre eux (78,2%).

L'article n°13 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°14 : « **Information du patient sur sa douleur** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 19 répondants (82,6%) ;
- majoritairement utile par 20 répondants (86,9%) ;
- majoritairement applicable par 19 d'entre eux (82,6%).

L'article n°14 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°15 : « **Le libre choix du patient pour sa douleur** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 16 répondants (69,6%) ;
- majoritairement utile par 16 répondants (69,6%) ;
- majoritairement applicable par 15 d'entre eux (65,2%).

L'article n°15 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°16 : « **Les dommages psychologiques et sociaux de la douleur** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 20 répondants (86,9%) ;
- majoritairement utile par 18 répondants (78,2%) ;
- majoritairement applicable par 17 d'entre eux (73,9%).

L'article n°16 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°17 : « **Reconnaissance administrative des traitements antalgiques** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 18 répondants (78,2%) ;
- majoritairement utile par 19 répondants (82,6%) ;
- majoritairement applicable par 16 d'entre eux (69,6%).

L'article n°17 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

*Article N°18 : « **Accès aux traitements de la douleur** »* a été jugé :

- majoritairement pertinent par 20 répondants (86,9%) et parmi ceux-ci, 15 (65,2%) le trouvent très pertinent ;
- majoritairement utile par 20 répondants (86,9%) et parmi ceux-ci, 14 (60,9%) le trouvent très utile ;
- majoritairement applicable par 18 d'entre eux (78,2%).

L'article n°18 de la C.C.L.D. reçoit donc un avis favorable de la part des répondants.

C. Intentions vis-à-vis de la C.C.L.D.

1. La C.C.L.D. un outil didactique

Q 6 : Vos intentions : **Que pensez-vous faire de la C.C.L.D. ?**

Parmi les 23 répondants, 10 médecins (43,5%) déclarent déjà appliquer la C.C.L.D. dans leur pratique quotidienne de médecin généraliste libéral, contre 13 (56,5%) ne l'appliquant pas. Sur ces 13 médecins, 11 (84,6%) comptent l'appliquer à l'avenir dans leur pratique quotidienne ce qui est très encourageant, puisque au total, 91,3% adoptent les principes de la C.C.L.D. Ce chiffre englobe les 10 médecins l'appliquant déjà.

Si 91,3% des répondants comptent appliquer la C.C.L.D., seuls 3 médecins (13,1%) sont disposés à l'afficher dans leur salle d'attente et 4 seulement (17,4%) à l'afficher dans leur cabinet de consultation. Ceci représente 30,4% soit près d'un tiers des médecins interrogés. Ceci est également très encourageant.

De plus, 15 médecins (65,2%) ont l'intention de la recommander à leurs confrères et ainsi œuvrer pour la diffusion de celle-ci. Autre point positif, une majorité d'entre eux (52,2%) comptent informer leurs patients de l'existence de la C.C.L.D.

Enfin, parmi les 23 répondants de notre enquête, seul 1 médecin (4,3%) compte ignorer la C.C.L.D. Les résultats sont consignés dans le tableau V ci-après.

Tableau V : Que pensez-vous faire de la C.C.L.D. ?

Que pensez-vous faire de la C.C.L.D. ?	OUI	NON
Je l'applique déjà	10 (43,5%)	13 (56,5%)
L'appliquer	21 (91,3%)	2 (9,7%)
L'afficher dans la salle d'attente	3 (13,1%)	20 (86,9%)
L'afficher dans mon cabinet	4 (17,4%)	19 (82,6%)
La recommander à mes confrères	15 (65,2%)	8 (34,8%)
Informer mes patients de son existence	12 (52,2%)	11 (47,8%)
L'ignorer	1 (4,3%)	22 (95,7%)

2. Changer les comportements

Q 6 bis : Cela va-t-il changer votre comportement face au patient douloureux ?

Si une majorité de médecins interrogés apprécient l'existence d'une telle charte et sa mise en application (91,3%), 17 médecins généralistes (73,9%) déclarent ne pas changer leur comportement face au patient douloureux. En revanche, 6 médecins (26,1%) le feront et tous ont un avis tranché sur la question.

Les résultats à cette question sont rassemblés dans le graphique en secteur de la figure 17 ci-dessous.

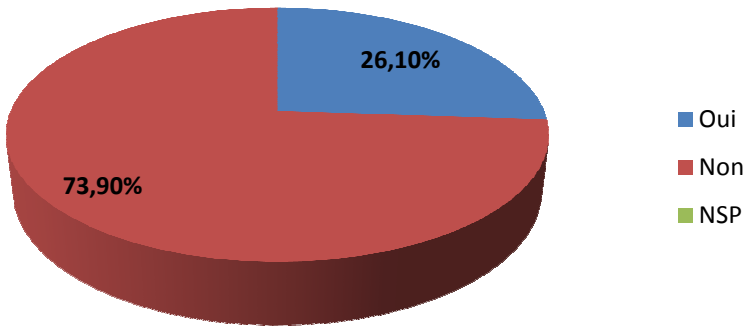

Figure 17 : Cela va-t-il changer comportement face au patient douloureux ?

Q 6 ter : Si oui, en quoi (N=6)

Parmi les 6 médecins déclarant vouloir changer leur comportement face au patient douloureux après avoir pris connaissance de la C.C.L.D. on note que :

- 5 veulent s'appuyer dessus pour convaincre les patients douloureux de la nécessité de l'évaluation précise de leur douleur ;
- 5 veulent s'appuyer dessus pour convaincre les patients douloureux de la nécessité de soulager leur douleur ;
- 6 comptent s'appuyer dessus pour convaincre les patients douloureux de l'utilité des opioïdes forts (palier III de l'O.M.S.).

Les résultats sont résumés dans le tableau VI ci-après.

Tableau VI : Si oui, en quoi ?

Si oui, en quoi (N=6)	OUI	NON
Convaincre les patients douloureux de la nécessité de l'évaluation précise de leur douleur	5	1
Convaincre les patients douloureux de la nécessité de soulager la douleur	5	1
Convaincre les patients douloureux de l'utilité des opioïdes forts (niveau III)	6	0

D. Approbation de la C.C.L.D.

Q 7 : En conclusion, approuvez-vous la C.C.L.D. ?

Parmi les 23 médecins interrogés, 8 médecins (34,8%) approuvent entièrement la C.C.L.D. et 14 (60,9%) l'approuvent en majeure partie ce qui représente au total 22 médecins (95,7%).

Aucun médecin n'approuve moyennement la C.C.L.D. et seul 1 médecin (4,3%) ne l'approuve pas du tout. Les résultats sont représentés dans la figure 18 ci-après.

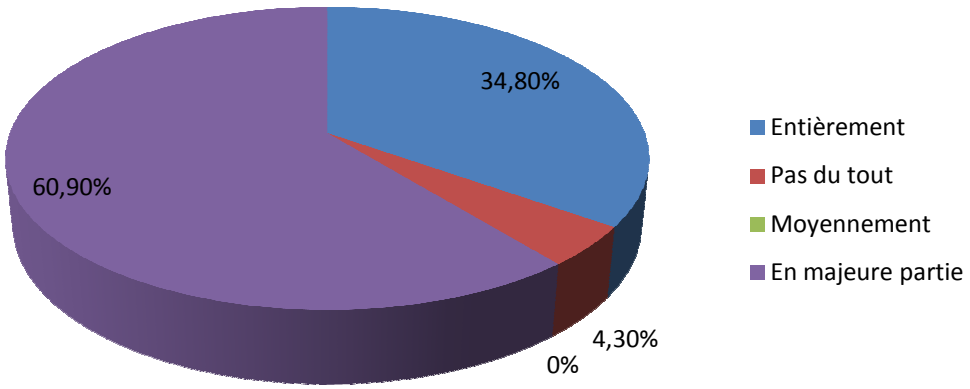

Figure 18 : Approuvez-vous la C.C.L.D. ?

V. DISCUSSION

A. Difficultés et limites de l'étude

1. L'obtention des informations

L'obtention des informations en entretien semi-dirigé non chronométré nous a permis d'acquérir des résultats rapides en adéquation avec le type d'enquête utilisée. En revanche, ce type d'entretien peut avoir un impact sur la spontanéité des réponses aux questions posées aux médecins, ceux-ci pouvant, par amitié ou par simple empathie, être plus indulgents tant sur la qualité du questionnaire que sur la thématique abordée.

Objectivement, nous pensons que la C.C.L.D. est bien perçue par l'ensemble des médecins interrogés et que ceux qui y sont réellement opposés nous l'ont clairement fait comprendre.

Cependant, nous ne pouvons ignorer le fait qu'un biais soit toujours possible.

2. Difficultés d'inclusion

Le choix de proposer le questionnaire à des médecins généralistes libéraux ou ayant orienté leur pratique vers une activité de type S.O.S., ainsi qu'à leurs remplaçants, est volontaire. Il permet de calquer ce travail sur celui d'une thèse purement de médecine générale. Ce travail aurait certainement eu un impact plus fort et gagné en lisibilité s'il avait été proposé à l'ensemble de la profession médicale sans aucune distinction.

Sur les 24 médecins sollicités, 23 ont répondu favorablement : ceci montre, s'il en était besoin, que le corps médical est solidaire et disposé à aider les juniors à mener à bien leur accomplissement intellectuel au travers de travaux comme celui-ci. Nous les en remercions.

3. La mise en place de l'enseignement douleur en 1995

Initialement, nous songions étudier chaque réponse au cas par cas mais également selon le critère suivant : *année d'obtention de votre thèse avant ou après 1995*, le Congrès Mondial de la Douleur ayant eu lieu en 1993 au Palais des Congrès de Paris, et le début de l' « enseignement douleur » ayant eu lieu pour sa part lors de l'année scolaire 1995-96, à la suite de la circulaire DGS/DH n°94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charges des douleurs chroniques (connue sous le nom de « circulaire Douste-Blazy du 7 janvier 1994 »).

Le choix de l'année 1995 comme année charnière pour la mise en place de l' « enseignement douleur » à l'échelle nationale correspond à une moyenne d'après nos recherches, mais ce choix a été à postériori considéré comme arbitraire.

En effet, toutes les facultés n'ont pu être contactées et parmi les services de scolarité ayant été joints par téléphone, rares sont ceux qui connaissaient la réponse à cette question. Souvent l'interlocuteur n'était pas encore en poste au moment des faits, ou alors il « ne savait pas et allait se renseigner ». Inutile de préciser que ces promesses sont restées sans suite…

D'autre part, rien ne prouve qu'un thésard ayant soutenu son doctorat de médecine après 1995 n'ait pas eu ses derniers cours sur les bancs de la faculté plusieurs années auparavant.

Ce paramètre n'étant pas pertinent, il ne pouvait être retenu dans l'analyse des résultats et encore moins dans leur interprétation.

B. Apport d'internet

On peut, à juste titre, se demander ce que les outils modernes tels qu'internet auraient pu apporter à une telle étude. Un courriel adressé à plusieurs milliers de médecins aurait certainement permis, avec un taux de réponse satisfaisant, d'avoir un impact plus important dans cette étude. Initialement, cette enquête avait été orientée dans ce sens.

Nous avions pris le parti de créer un site internet ***www.charte-douleur.com*** sur lequel nous invitions les médecins généralistes par courriel à se connecter. Leur adresse courriel ayant été obtenue selon les mêmes critères d'inclusion que ceux de la présente étude (médecin généraliste exerçant en cabinet et/ou en activité de type SOS médecins) sur l'annuaire de site du Conseil National de l'Ordre des Médecins qui en fait le recensement. Ces adresses, plus de six mille, sont dans le domaine public et aucune clause de confidentialité n'est violée. La structure même du site *joomla* créé à cette occasion aurait permis de trier les données enregistrées.

Après entretien avec nos pairs de la Commission des Thèses de la Faculté de Médecine de Tours, il nous est apparu un fait évident : les médecins en activité sont abreuvés de courriels de toutes sortes tout au long de l'année les invitant à répondre à de nombreuses enquêtes. Or, ne pouvant répondre à toutes les sollicitations, ceux-ci se focaliseront sur les études traitant de leur domaine de prédilection.

Ainsi, un généraliste ayant une vacation dans un centre de P.M.I. ne répondra qu'à des enquêtes traitant de pédiatrie. Un autre participant activement à un réseau de protection de personnes âgées ne répondra qu'à des enquêtes orientées gériatrie. De même pour notre étude, seuls les médecins généralistes orientés vers la prise en charge de la douleur auraient répondu ce qui aurait introduit un biais invalidant la portée scientifique de celle-ci.

C'est donc la raison qui nous a conduit à opter pour le « questionnaire papier » à des médecins que nous avons côtoyé durant notre parcours, tel qu'il nous a été recommandé de le faire par la commission des Thèse de la Faculté de Médecine de Tours.

C. Interprétation des résultats

Q 1 : Votre identité :

On remarque que dans cet échantillon, les médecins interrogés sont relativement jeunes. Pour la suite de l'enquête, nous ne ferons pas de différence en fonction du sexe des médecins interrogés car nous estimons que chaque médecin reçoit la même formation lors de son cursus universitaire et qu'à priori, ceux-ci disposent des mêmes connaissances cliniques et des mêmes bases thérapeutiques pour prendre en charge leurs patients douloureux.

Q 2 : Exercice de la profession de médecin généraliste :

Cette question cherche à déterminer si les médecins qui ont répondu à l'enquête ont orienté de façon particulière leur activité de médecin généraliste libéral, phénomène très fréquent aujourd'hui. Or on constate que 13 d'entre eux sur 23 (56,5%) n'en ont aucune.

Q 3 : Année d'obtention de votre thèse :

Cette question nous a paru intéressante à explorer dans la mesure où les plus anciens médecins diplômés n'ont jamais reçu d'enseignement spécifique sur la douleur au cours de leur cursus universitaire. Cependant, comme développé ci-dessus, ce paramètre ne peut être pris en compte dans l'analyse des résultats.

Q 4 : Etes-vous titulaires de diplôme(s) spécifique(s):

Cette question nous a paru utile à faire préciser car, si un médecin oriente son activité d'une façon particulière, il n'est pas forcément titulaire d'un diplôme universitaire validé par l'Ordre des Médecins. D'autre part, nous recherchons dans cette question à identifier des sous-groupes de médecins libéraux clairement orientés vers une pratique antidouleur et les trois diplômes suggérés rentrent clairement dans cette catégorie.

Certes, la petite taille de ce sous-groupe (4 médecins) est difficilement exploitable et n'a qu'une portée scientifique réduite. D'autre part, leur intérêt manifeste pour la prise en charge de la douleur et du patient douloureux est évidemment un biais dans cette étude.

Cependant, il faut noter que :

- ils ont tous les quatre un avis favorable quant à la C.C.L.D. ;
- ils ont validé les dix-huit articles de la C.C.L.D., notamment l'article N°9 « bénéficier d'un avis douleur spécialisé » ;
- ils ont tous déclaré déjà appliquer la C.C.L.D. dans leur pratique quotidienne ;
- trois d'entre eux comptent afficher la C.C.L.D. dans leur cabinet.

Ces résultats crédibilisent la charte car ils montrent que ceux qui s'intéressent à la douleur sont tous favorables à une amélioration de sa prise en charge.

Q 5 : Votre opinion sur la C.C.L.D. Qu'avez-vous pensé de cette charte ? :

1. En globalité

Quel que soit l'âge, le sexe, le type d'exercice, l'année d'obtention de la thèse ou les diplômes spécifiques, la plupart des médecins généralistes répondants trouvent la C.C.L.D. intéressante et/ou très intéressante (21 médecins soit 91,3%). Les 2 médecins sur 23 qui la trouvent moyennement ou pas du tout intéressante sont largement minoritaires (8,7%).

2. Etude article par article

On rappelle les trois critères choisis pour valider chaque article ainsi que leur définition respective :

- **Pertinence** : caractère de ce qui est conforme à la raison, au bon sens.
- **Utilité** : caractère dont l'usage satisfait un besoin, est ou peut être avantageux.
- **Applicabilité** : possibilité de mise en œuvre.

Ces trois critères ont été retenus car ils explorent une dimension d'appréciation des chartes en général telles que nous les avons vues précédemment.

En effet, une charte est un document citoyen et se doit d'être conforme à la raison et au bon sens, d'où son caractère pertinent. Elle n'a pas pour vocation de choquer ni d'exclure.

Elle se doit de satisfaire un besoin et le bénéficiaire, que ce soit l'usager de la poste, le patient hospitalisé, ou ici le patient douloureux, doit pouvoir en tirer un avantage. Ainsi, si elle n'est pas utile, elle n'a pas de raison d'être.

Enfin, si elle n'a pas de possibilité de mise en œuvre, si elle n'est pas applicable, elle perd son intérêt. Tout comme un train ne pourra joindre la gare sans un réseau ferré praticable, une charte ne saura apporter de bénéfice à son destinataire si elle est inapplicable. Ne pas appliquer l'applicable est un choix au détriment du patient ; mais tenter d'appliquer l'inapplicable est comme nager à contre courant du fleuve, une peine perdue.

Voici les raisons qui nous ont conduits à évaluer ces trois paramètres.

Cas de l'article N°9

Parmi les dix-huit articles de la charte, seul l'article N°9 ne reçoit pas de la part des médecins généralistes libéraux interrogés un avis favorable selon les critères préalablement retenus.

Les dix-sept autres articles reçoivent un avis majoritairement favorable.

Il est licite de penser que l'expérience personnelle des répondants a pu influer sur la réponse formulée et que par le passé, ceux-ci n'ont pas pu dans un délai raisonnable « bénéficier d'un avis spécialisé douleur » pour un de leur patient.

C’est pourtant bien là le rôle de la C.C.L.D. que celui de faire changer les mentalités, de faire comprendre aux soignants et aux soignés qu’ils ne sont pas seuls face à la douleur, qu’elle soit chronique ou non, et qu’il serait bénéfique, pour la pratique quotidienne du médecin et pour la qualité de vie du malade, de pouvoir bénéficier d’un avis spécialisé.

Cette lacune pourrait à elle seule justifier l’existence d’une telle charte si sa mise en application avait pour conséquence d’améliorer le fonctionnement des « structures antidouleur ».

S’agit-il d’un « vote sanction » qui met en exergue l’insuffisance de moyens de ces structures ? Oui, car c’est bien ce qui est ressorti lors des entretiens.

Q 6 : Vos intentions : **Que pensez-vous faire de la C.C.L.D. ?**

Parmi les vingt-trois répondants, 10 médecins (43,5%) déclarent déjà appliquer la C.C.L.D. dans leur pratique quotidienne de médecin généraliste libéral contre 13 (56,5%) qui ne l’appliquent pas. 11 sur ces 13 médecins (84,6%) comptent l’appliquer à l’avenir dans leur pratique quotidienne ce qui est très encourageant, puisque au total 21 médecins sur 23 (91,3%) adoptent les principes de la C.C.L.D. Ce chiffre englobe les 10 médecins l’appliquant déjà.

C’est un biais dans l’enquête qui nous est apparu après l’élaboration du questionnaire mais qui heureusement est corrigé par la septième question.

Si 91,3% des répondants comptent appliquer la C.C.L.D., seuls 3 médecins (13,1%) sont disposés à l’afficher dans leur salle d’attente et 4 seulement (17,4%) à l’afficher dans leur cabinet de consultation. Ceci représente 30,4% soit près d’un tiers des médecins interrogés, ce qui est très encourageant. Malgré tout, il semble qu’ils ne soient pas prêts à tendre un bâton de plus pour se faire battre.

Ceci est paradoxal car, comme nous l’avons vu, l’existence des chartes en général et de la C.C.L.D. en particulier rappelle que l’intérêt du patient doit primer et que le médecin ne doit pas avoir peur d’améliorer sa pratique selon des recommandations simples et précises.

Par ailleurs, 15 médecins (65,2%) ont l’intention de la recommander à leurs confrères et ainsi œuvrer pour la diffusion de celle-ci, et 12 d’entre eux (52,2%) comptent informer leurs patients de l’existence de la C.C.L.D. ce qui conforte l’utilité d’une telle charte.

En effet, c’est bien le patient douloureux qui devrait bénéficier des progrès attendus par les articles énoncés dans la C.C.L.D. Il est donc légitime qu’ils en soient informés par leur médecin. Ainsi, le médecin prouvera, non seulement son engagement pour le bien de ses malades, mais également sa position par rapport à l’obligation de moyens qu’il compte mettre en œuvre pour soulager.

Q 6 bis : Cela va-t-il changer votre comportement face au patient douloureux ?

Parmi les 23 répondants, 17 médecins (73,9%) ne comptent pas changer leur comportement face au patient douloureux. On peut interpréter ce chiffre important si on comprend que parmi ces 17 médecins, 10 appliquent déjà la C.C.L.D.

Il ne reste donc que 7 médecins sur 23 (30,4%) n'appliquant pas la C.C.L.D. dans leur pratique quotidienne qui ne modifieront pas leur attitude face au patient douloureux. Cette position provient du fait qu'ils estiment que l'existence de la C.C.L.D. ne modifiera pas leur prise en charge qu'ils jugent suffisante.

Dans un univers médical où l'obligation de moyens fait loi, on ne peut qu'être sceptique vis-à-vis de cette façon d'aborder le problème. Ce point précis devrait à lui seul justifier l'existence de la C.C.L.D.

Il nous semble intéressant de noter, **malgré les réserves en V.A.3**, que parmi les 12 médecins ayant obtenu leur thèse avant 1995, 5 médecins (41,7%) estiment que la C.C.L.D. va changer leur comportement face aux patients douloureux et 7 (58,3%) ne le pensent pas. Parmi les 5 médecins estimant que la C.C.L.D. va changer leur comportement face aux patients douloureux, 100% d'entre eux comptent s'appuyer dessus pour convaincre les patients douloureux de la nécessité de l'évaluation précise de leur douleur, de la nécessité de soulager la douleur et de l'utilité des opioïdes forts (palier III). Ici encore, la C.C.L.D. atteint son objectif qui est de faire changer les mentalités. Parmi les 11 médecins ayant obtenu leur thèse après 1995, seul 1 médecin (9,1%) estime que la C.C.L.D. va changer son comportement face au patient douloureux et 10 (90,1%) ne le pensent pas. Les raisons invoquées sont une formation jugée « suffisante » reçue lors de leur cursus universitaire et une bonne connaissance des thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses ou non. Compte tenu des attentes des français et des lacunes révélées par les Etats Généraux de la Douleur de 2005, c'est une remise en question de l'enseignement douleur en France qui devrait s'opérer afin d'améliorer cette prise en charge.

Q 6 ter : Si oui, en quoi (N=6)

On remarque que pour ce sous groupe, la C.C.L.D. atteint son objectif qui est de servir de base de réflexion aux médecins dans l'intérêt de leurs malades.

Extrapolation :

Parmi tous les médecins ayant répondu « non » à la question « je l'applique déjà dans ma pratique quotidienne » (N=13), étudions les résultats à la Q6 :

- 11 (84,6%) vs 2 (15,4%) comptent appliquer la C.C.L.D. ;
- aucun d'entre eux ne compte l'ignorer ;
- 9 (69,2%) vs 4 (30,2%) comptent la recommander à des confrères ;
- 8 (61,5%) vs 5 (38,5%) comptent informer ses patients de son existence ;
- en revanche, seulement 2 (15,4%) vs 11 (84,6%) comptent l'afficher dans leur salle d'attente et 1 (7,7%) vs 12 (92,3%) dans leur cabinet.

Une fois de plus, ceux qui n'appliquaient ou ne connaissaient pas la C.C.L.D. avant l'entretien déclarent vouloir changer leur attitude face au patient douloureux, œuvrer pour la diffusion de la charte mais ne pas vouloir l'afficher dans leur cabinet ou leur salle d'attente.

Q 7 : En conclusion, approuvez-vous la C.C.L.D. ?

Cette septième question résume l'avis global des médecins généralistes interrogés lors de l'enquête. Elle permet de conclure et de retenir si la C.C.L.D. reçoit un avis favorable ou non.

On constate donc que l'enquête permet de révéler qu'une très large majorité des médecins interrogés, 22 (95,7%) parmi les 23 répondants, ont un avis favorable vis-à-vis de la Charte Contre La Douleur.

Le médecin n'approuvant pas du tout la charte n'a pas voulu faire de commentaire justifiant son point de vue catégorique.

D. Propositions pour l'avenir

1. Vers une harmonisation de l'enseignement de la douleur

Dans cette étude, nous avons remarqué que toutes les facultés de médecine ne sont pas logées à la même enseigne concernant l'enseignement de la douleur. Nous avons choisi arbitrairement l'année 1995 comme point de départ de celui-ci car, en moyenne, c'est la date à retenir mais certaines facultés n'ont pratiqué cet enseignement qu'à partir de 2002. La disparité des volumes horaires est également notable. Une harmonisation de l'enseignement de la douleur nous parait aujourd'hui fortement recommandée.

2. Inclure la C.C.L.D. dans le bagage culturel de tout médecin

Peu connue des soignants et des soignés, la C.C.L.D. devrait être un outil de réflexion largement diffusé, par et pour les médecins et leur malades. Chacun devrait en tirer bénéfice car son caractère exhaustif couvre la majeure partie des situations rencontrées dans la prise en charge de la douleur et du patient douloureux.

3. Afficher la C.C.L.D. dans tout lieu de soin

Que ce soit dans une ambulance [16], un laboratoire d'examen, une salle d'attente de dentiste ou de médecin, ou bien encore aux urgences, la C.C.L.D devrait être affichée afin de montrer aux patients notre sensibilité à la bonne prise en compte de la douleur par la personne qui s'occupe d'autrui.

VI. CONCLUSION

La douleur est un phénomène fréquent, parfois grave, délétère et responsable d'un impact économique majeur [5]. Malgré une amélioration constatée ces dernières années, sa prise en charge ainsi que celle du patient douloureux est largement insuffisante en France [7], notamment pour les douleurs chroniques. Grâce à un travail multidisciplinaire, la rédaction de la Charte Contre La Douleur ou C.C.L.D. permet d'obtenir des résultats prometteurs dans ce domaine.

Notre étude montre bien que sa pertinence, son utilité et surtout son applicabilité, article par article et dans sa globalité permettrait d'améliorer nettement le sort des patients douloureux. En effet, la C.C.L.D. reçoit un avis favorable pour 95,7% des médecins généralistes interrogés, qu'ils aient obtenu leur thèse avant ou après le début de l'enseignement douleur au cours de leur formation initiale. Ce travail est limité aux médecins généralistes libéraux installés en ville et en activité de type S.O.S. Médecins.

Dans le cadre d'une évaluation systématique de la qualité de soins, cette démarche citoyenne d'adhésion à une charte comme postulat à l'intention des médecins, mais aussi et surtout de leurs patients, devrait s'étendre à l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, et permettre l'adéquation des soins aux diverses recommandations ou plus simplement, le respect du principe simple : « Tu soulageras ton prochain comme toi-même » **(P.TAJFEL, Versailles, 20/09/2011).**

BIBLIOGRAPHIE

1. *Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire* [Ressource Electronique]. [Paris] : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Sante - Service des recommandations et références professionnelles. 2007.
Disponible sur : http://www.anaes.fr

2. BENAYOUN C. *Chartes, vous avez dit chartes ? Et si nous en parlions ?*, 185 p. Mémoire : Diplôme d'Université : Ethique de la Santé, Droits de l'Homme et Morales : Paris VI, Saint-Antoine : 1999

3. BLANCHARD-VIGNON O., DE BLAUWE A., LION A. Prise en charge de la douleur chronique du sujet âgé à domicile. *Rev. Prat. Méd. Gén.*, 1999, 13, 473, p.1603-1606

4. BOUREAU F., LUU M. Les méthodes d'évaluation de la douleur clinique. *Doul. et anal.*, 1988, 1, 1, p.65-73

5. WORLD CONGRESS OF PAIN (7 ; 1993 ; Paris). The prevalence of acute and chronic pain in the French general medical practice. BOUREAU F., SAHMOUD T. Seattle : IASP publication, 1993. Abstracts, p.90

6. BOUREAU F., SERRIE A. Douleur : pourquoi et comment évaluer son intensité ? *Rev. Prat. Méd. Gén.*, 1998, 12, 442, p.15-20

7. ETATS GENERAUX DE LA DOULEUR (2005 ; Paris). *Livre Blanc De La Douleur*. Les français et la douleur par A. SERRIE. Paris : Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur, 2005, 141 p.

8. BOUREAU F. : *Pratique du traitement de la douleur.* 1e éd. Paris : Doin, 1988.

9. DALLER R. Vers une stratégie antalgique fondée sur l'identification des mécanismes physiopathologiques. *Rev. Neurol. (Paris*), 2000, 156, 10, p. 719-727

10. DEVERS G. Le droit et la douleur. *Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur* [en ligne]. février 2005.
Disponible sur http://www.cnrd.fr/Le-droit-et-la-douleur.html

11. ESCHALIER A., COUDORE F., PICKERING G. Physiopathologie de la douleur. *Neurochirurgie*, 2000, 46,5, p.422-428

12. GINIES P. *Atlas de la douleur*. 2e éd Paris : Houdé, 1999. (LEN Médical)

13. HENRY P. *J'ai mal docteur, comprendre et combattre la douleur*. 1ère éd. Paris : Flammarion, 2006, 195 p.

14. *L'infirmière et la douleur*, 3ème éd. Rueil-Malmaison : Institut UPSA de la douleur, 1998

15. LE BARS D., ADAM F. Nociceptors and mediators in acute inflammatory pain. *Ann. Fr. Anesth. Reanim.*, 2002, 21,4, p.315-335

16. LEFEVRE K. *Prévalence des douleurs lors des transports sanitaires terrestres non-médicalisés (étude sur 1088 transports)*, 121p. Thèse : Médecine : Caen : 2003

17. LELIEVRE N. Professionnels de santé et prise en charge de la douleur : les règles juridiques. *Douleur et aspects médico-légaux* / ed. par F. BEROUD. Paris : Institut UPSA de la douleur, 2009, p.21-43

18. OLLIVIER B. Le circuit de la douleur : bases neurophysiologiques actuelles. *JAMA*, 1995, (hors série sept.), p.6-10

19. QUENEAU P., OSTERMANN G. *Le médecin, le malade et la douleur*. 3è éd. Paris : Masson, 2000, 527p.

20. ROUVEIX B., BAUWENS MC., GIROUD J-P. Traitements des différents types de douleurs. *Bull. Acad. Natl. Med.*, 1999, 183, 5, p.889-901, discussion 901-3

21. SARAVANE D., PEULETIER F. The difficulties in assessing pain in mental health. *Soins Psychiatr*. 2010, 20, 2, p.268

22. SCHÜCK S., ALLAIN H. La douleur, moyens et stratégie thérapeutiques. *Rev. Prat. Med. Gen.*, 1997, 47, 5, p.555

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle DOLOPLUS p.88
Annexe 2 : Echelle ALGOPLUS p.90
Annexe 3 : Echelle EVENDOL p.92
Annexe 4 : Echelle E.D.I.N. p.94
Annexe 5 : Echelle G.E.D-D.I. p.96
Annexe 6 : Déclaration de Montréal p.98
Annexe 7 : Questionnaire p.102
Annexe 8 : Résultats détaillés articles par article p.108

Annexe 1

NOM :
Prénom :
Service :

DOLOPLUS-2

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE (Echelle DOLOPLUS-2)

Observation comportementale		*Dates*			
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 occassionnelle …….	1	1	1	1
	● position antalgique permanente et efficace ……	2	2	2	2
	● position antalgique permanente inefficace …….	3	3	3	3
3. Protection des 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 oppposition 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				

Annexe 2

ECHELLE ALGOPLUS

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	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Heure	.....h		.....h		.....h		.....h		.....h		.....h	
	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	☐ /5		☐ /5		☐ /5		☐ /5		☐ /5		☐ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe	

Annexe 3

Evaluation Enfant Douleur

EVENDOL

Echelle validée de la naissance à 7 ans.
Score de 0 à 15, seuil de traitement 4/15.

Notez tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluation à l'arrivée (Antalgique) au repos[1] au calme (R)	Evaluation à l'arrivée (Antalgique) à l'examen[2] ou la mobilisation (M)	Evaluations suivantes Evaluations après antalgique[3] R / M	R / M	R / M	R / M
Expression vocale ou verbale										
pleure *et/ou* crie *et/ou* gémit *et/ou* dit qu'il a mal	0	1	2	3						
Mimique										
a le front plissé *et/ou* les sourcils froncés *et/ou* la bouche crispée	0	1	2	3						
Mouvements										
s'agite *et/ou* se raidit *et/ou* se crispe	0	1	2	3						
Positions										
a une attitude inhabituelle *et/ou* antalgique *et/ou* se protège *et/ou* reste immobile	0	1	2	3						
Relation avec l'environnement										
peut être consolé *et/ou* s'intéresse aux jeux *et/ou* communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3						
Remarques	Score total /15									
	Date et heure									
	Initiales évaluateur									

[1] Au repos au calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...
[2] A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.
[3] Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).

Echelle validée aux urgences - Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, *13, 922, P129 et 130*. Contact : elisabeth.fournier-charriere@bct.aphp.fr - © 2011 - Groupe EVENDOL - Zid et Zen communication

Evaluation Enfant Douleur

EVENDOL

Echelle validée de la naissance à 7 ans.
Score de 0 à 15, seuil de traitement 4/15.

Notez tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluations suivantes - Evaluations après antalgique[3] R[1] / M[2]	R / M	R / M	R / M	R / M	R / M	R / M	R / M
Expression vocale ou verbale												
pleure *et/ou* crie *et/ou* gémit *et/ou* dit qu'il a mal	0	1	2	3								
Mimique												
a le front plissé *et/ou* les sourcils froncés *et/ou* la bouche crispée	0	1	2	3								
Mouvements												
s'agite *et/ou* se raidit *et/ou* se crispe	0	1	2	3								
Positions												
a une attitude inhabituelle *et/ou* antalgique *et/ou* se protège *et/ou* reste immobile	0	1	2	3								
Relation avec l'environnement												
peut être consolé *et/ou* s'intéresse aux jeux *et/ou* communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3								
Remarques	Score total /15											
	Date et heure											
	Initiales évaluateur											

[1] Au repos au calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...
[2] A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.
[3] Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).

Echelle validée aux urgences - Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, *13, 922, P129 et 130*. Contact : elisabeth.fournier-charriere@bct.aphp.fr - © 2011 - Groupe EVENDOL - Zid et Zen communication

Annexe 4

Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)

	Date								
	Heure								
ITEM	**Score :**								
VISAGE	**0** Visage détendu **1** Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton **2** Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées **3** Crispation permanente **ou** visage prostré, figé **ou** visage violacé								
CORPS	**0** Détendu **1** Agitation transitoire, assez souvent calme **2** Agitation fréquente mais retour au calme possible **3** Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres **ou** motricité très pauvre et limitée, avec corps figé								
SOMMEIL	**0** S'endort facilement, sommeil prolongé, calme **1** S'endort difficilement **2** Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité **3** Pas de sommeil								
RELATION	**0** Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute **1** Appréhension passagère au moment du contact **2** Contact difficile, cri à la moindre stimulation **3** Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation								
RECONFORT	**0** N'a pas besoin de réconfort **1** Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion **2** Se calme difficilement **3** Inconsolable. Succion désespérée								
OBSERVATIONS									

T.Debillon et al. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Archives de Pédiatrie ; 1994, 1 : 1085-92.
Cette échelle évalue un état douloureux prolongé (lié à une pathologie ou en post-opératoire ou à la répétition fréquente de gestes invasifs).
Elle n'est pas adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.
Elle s'emploie pour le nouveau-né à terme ou prématuré et pour le tout jeune nourrisson jusque vers 6 mois.

Annexe 5

GRILLE D'EVALUATION DE LA DOULEUR –DEFICIENCE INTELLECTUELLE (GED-DI) = ECHELLE NCCPC (Non Communicating Children's Pain Checklist)

Dans les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence le participant a montré les comportements suivants. Veuillez encercler le chiffre correspondant à chacun des comportements.

0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT OU SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS

Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle (fortement)	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: crie, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex: fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Items ajouté en dehors du contexte post-opératoire *(nécessite de connaître l'enfant)*					
Mange moins, non intéressé par la nourriture	0	1	2	3	NA
Dort plus	0	1	2	3	NA
Dort moins	0	1	2	3	NA

Traduction Chantal Wood, Théresa Broda, Daniel Morin, Lynn Breau, 2004, en cours de validation en 2008

INSTRUCTIONS POUR LA NOTATION

0 = Non observé pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ».

1 = Est vu ou entendu rarement (à peine), mais présent.

2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continuelle.

3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continuelle. Un témoin noterait facilement l'action.

NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action.

Annexe 6

Déclaration de Montréal

Déclaration que l'accès à la gestion de la douleur est un droit fondamental de l'homme

Signez la déclaration

Nous, en tant que délégués au Sommet douleur internationale (EPI) de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) (comprenant des représentants des chapitres NPAI dans 64 pays ainsi que des membres dans 130 pays, ainsi que les membres de la communauté), ont donné en profondeur l'attention sur la douleur non soulagée dans le monde,

Constatant que la douleur est insuffisante dans la plupart des pays, parce que:

Il ya un accès insuffisant au traitement pour la douleur aiguë causée par un traumatisme, la maladie et la maladie terminale et l'incapacité à reconnaître que la douleur chronique est un problème de santé chronique grave nécessitant un accès à la gestion s'apparente à d'autres maladies chroniques comme le diabète ou les maladies cardiaques chroniques.

Il ya des déficits importants dans les connaissances des professionnels de santé concernant les mécanismes et la gestion de la douleur.

La douleur chronique avec ou sans diagnostic est fortement stigmatisée.

La plupart des pays n'ont pas de politique nationale à tous ou très insuffisant politiques concernant la gestion de la douleur comme un problème de santé, y compris un niveau insuffisant de recherche et d'éducation.

Médecine de la douleur n'est pas reconnue comme une spécialité distincte avec un corps unique de connaissances et de la portée de la pratique fondée sur la recherche et des programmes de formation complets.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que 5 milliards de personnes vivent dans des pays ayant un faible accès ou pas à des médicaments contrôlés et avoir accès insuffisante ou inexistante pour le traitement des douleurs modérées à sévères.

Il ya de sévères restrictions sur la disponibilité des opioïdes et d'autres médicaments essentiels, essentiels à la gestion de la douleur.

Et, tout en reconnaissant la dignité intrinsèque de toute personne et que la retenue de traitement de la douleur est profondément mal, conduisant à des souffrances inutiles qui est nuisible; nous déclarons que les droits humains suivants doivent être reconnus à travers le monde:

Article 1. Le droit de tous les gens d'avoir accès à de la douleur, sans discrimination (notes 1-4).

L'article 2. Le droit des personnes dans la douleur à la reconnaissance de leur douleur et d'être informé sur la façon dont il peut être évalué et géré (note 5).

Article 3. Le droit de tous les gens souffrant de douleur d'avoir accès à une évaluation appropriée et le traitement de la douleur par une formation adéquate des professionnels de la santé (notes 6-8).

Afin d'assurer ces droits, nous reconnaissons les obligations suivantes:

1. L'obligation des gouvernements et tous les établissements de soins de santé, dans le cadre des limites légales de son autorité et en tenant compte des ressources de soins de santé sont raisonnablement disponibles, d'établir des lois, des politiques et des systèmes qui aident à promouvoir, et ne sera certainement pas empêcher , l'accès des personnes dans la douleur à la gestion de la douleur tout à fait adéquate. Défaut d'établir de telles lois, des politiques et des systèmes est immoral et une violation des droits humains des personnes lésées à la suite.

2. L'obligation de tous les professionnels des soins de santé dans une relation thérapeutique avec un patient, dans le cadre des limites légales de leur pratique professionnelle et en tenant compte des ressources de traitement raisonnablement disponibles, de proposer à un patient dans la douleur de la gestion qui seraient offerts par un professionnel de la santé raisonnablement attentive et compétente des soins dans ce domaine de pratique. Le défaut d'offrir une telle gestion est une violation des droits humains du patient.

Note: Cette déclaration a été préparée en tenant dûment compte des circonstances générales actuelles et les modes de prestation des soins de santé dans le monde développé et en développement. Néanmoins, il est de la responsabilité de: gouvernements, des personnes impliquées à tous les niveaux de l'administration des soins de santé et des professionnels de la santé pour mettre à jour les modes de mise en œuvre des articles de cette Déclaration comme de nouveaux cadres de gestion de la douleur sont développés.

Notes

1. Cela inclut, mais n'est pas limité à, la discrimination sur la base de l'âge, le sexe, le sexe, le diagnostic médical, la race ou l'origine ethnique, la religion, la culture, l'état matrimonial, état civil ou socio-économique, l'orientation sexuelle, et l'opinion politique ou autre.

2. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) (1966). Les États parties du PIDESC reconnaît «le droit de chacun à jouir du meilleur état de santé physique et mentale" (art. 12), en créant «les conditions propres à assurer à tous des services médicaux et des soins médicaux en cas de maladie."

3. Déclaration universelle des droits de l'homme (1948): droits à la santé (article 25); Convention sur les droits d'un enfant (article 24); Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (article 12); Convention sur l'élimination de la Toutes les formes de discrimination raciale (article 5 (e) (iv)).

4. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale no 14, 22e session, en avril-mai 2000 E / C 12/2000/4. "Obligations fondamentales" de toutes les nations signataires étaient tenus de veiller à l'accès aux établissements de santé, des biens et services sans discrimination, de fournir des médicaments essentiels tels que définis par l'OMS, et à adopter et mettre en œuvre une stratégie nationale de santé.

5. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale no 14, 22e session, en avril-mai 2000, E / C 12/2000/4, par. 12. Observation générale n °14 a déclaré que l'accessibilité de la santé »comprend le droit de chercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé."

6. Évaluation appropriée inclut l'enregistrement des résultats de l'évaluation (par exemple, la douleur comme le «signe vital 5e,« peut attirer l'attention sur la douleur non soulagée, déclenchant les interventions de traitement approprié et ajustements).

Un traitement approprié comprend l'accès aux analgésiques, y compris les opiacés et d'autres médicaments essentiels pour la douleur, et les meilleures pratiques interdisciplinaires et intégratives thérapies non pharmacologiques, avec un accès à des professionnels qualifiés dans l'utilisation sûre et efficace de ces médicaments et les traitements et soutenu par les politiques de santé, juridiques cadres et des procédures pour assurer un tel accès et empêcher toute utilisation inappropriée. Étant donné le manque de professionnels de santé adéquatement formés, il faudra fournir des programmes éducatifs concernant l'évaluation et le traitement des douleurs dans toutes les professions de la santé et de programmes au sein de la communauté pour les travailleurs des soins communautaires de prestation de soins de douleur. Il comprend également l'établissement de programmes de médecine de la douleur pour l'éducation des médecins spécialistes en médecine de la douleur et la médecine palliative. Politiques d'accréditation afin d'assurer des normes appropriées de formation et de soins devrait également être établi.

7. Le défaut de fournir l'accès à la gestion de la douleur viole la Convention de 1961 des Nations Unies sur les stupéfiants déclarant l'usage médical des stupéfiants indispensable pour soulager la douleur et de rendre obligatoire la fourniture adéquate de stupéfiants à usage médical.

8. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948) (article 5) stipule: «Nul ne sera soumis à la torture ou de traitements cruels, inhumains ou dégradants ...» Commentaire: En ignorant délibérément besoin d'un patient pour la gestion de la douleur ou à défaut d'appeler à spécialisée Aide en cas d'impossibilité d'obtenir le soulagement de douleur peut représenter une violation de l'article 5.

9. Le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé et le Rapporteur spécial de l'ONU sur la question de la torture et autres traitements cruels, inhumains et dégradants, a déclaré: «L'échec à assurer l'accès aux médicaments contrôlés pour le soulagement de la douleur et la souffrance menace les droits fondamentaux au la santé et à la protection contre des traitements cruels, inhumains et dégradants. "

Références

ANZCA. Déclaration sur les droits des patients à la gestion de la douleur. ANZCA PS 45; 2001. Disponible à: www.anzca.edu.au .

Brennan F, Carr DB, Cousins MJ. Gestion de la douleur: un droit humain fondamental. Anesth ANALG 2007; 105:205-21.

Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Soulagement de la douleur: un droit humain universel. Douleur 2004:112:1-4.

FEDELAT. Proclamation de traitement de la douleur et l'application des soins palliatifs en tant que droits humains, le 22 mai 2008.

IAHPC. Déclaration conjointe et de l'engagement sur les soins palliatifs et de traitement de la douleur en tant que droits humains. Disponible à: www.hospicecare.com .

Scholten W, Nygren-Krug H, HA Zucker. L'Organisation mondiale de la santé ouvre la voie à l'action pour les gens libres de l'emprise de la douleur. Anesth ANALG 2007; 105:1-4.

M. Somerville Mort de la douleur: la douleur, la souffrance et l'éthique. En Gebhart GF, Hammond DL, Jensen TS, éditeurs. Actes du 7e Congrès mondial sur la douleur. Progrès dans la recherche douleur et de Gestion, Vol. 2. Seattle: IASP Press, 1994. p. 41-58.

Annexe 7

AVIS DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA CHARTE CONTRE LA DOULEUR (C.C.L.D.)

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine Générale
Enquête réalisée auprès de médecins généralistes exerçant en ville

- Avez-vous reçu l'invitation par e-mail pour participer à l'enquête sur la C.C.L.D. ?

  ☐ Oui
  ☐ Non

- **Si oui :** Avez-vous répondu au questionnaire par Internet ?

  ☐ Oui
  ☐ Non

- **Si vous avez répondu non à l'une des deux questions précédentes**, merci de bien vouloir prendre connaissance de la C.C.L.D. et de consacrer quelques minutes pour nous donner votre avis à l'aide de la grille ci-dessous.

Q 1- Initiales prénom(s) : ……. Initiales nom : ……..
Sexe : ☐ M ☐ F
Age : …….. ans

Q 2- Exercice de la profession de médecin généraliste :
Si orientation particulière, précisez : ……

Q 3- Année d'obtention de votre thèse : ……

Q 4- Etes-vous titulaire de diplôme(s) spécifique(s) :
- ☐ évaluation et de traitement de la douleur
- ☐ accompagnement et soins palliatifs
- ☐ céphalées et migraines
- ☐ autre, précisez :

Q 5- Votre opinion :
- Qu'avez-vous pensé de cette charte ?
  - ☐ très intéressante
  - ☐ intéressante
  - ☐ moyennement intéressante
  - ☐ pas du tout intéressante

Article par article, votre avis nous intéresse aussi :

Pertinence article par article de la charte

Article	Très pertinent	Pertinent	Moyennement pertinent	Peu pertinent
n°1 : La douleur n'est plus une fatalité				
n°2 : Croire à la douleur de l'autre				
n°3 : La douleur : une souffrance à part entière				
n°4 : Evaluer la douleur				
n°5 : Soulager sans attendre				
n°6 : L'éducation à l'évaluation et au traitement de la douleur				
n°7 : Disponibilité des antalgiques				
n°8 : Prévenir la douleur				
n°9 : Bénéficier d'un avis spécialisé douleur				
n°10 : La douleur chronique, un phénomène pluridimensionnel				
n°11 : La douleur chez les personnes vulnérables				
n°12 : Des moyens adaptés contre la douleur de l'enfant				
n°13 : Les traitements antalgiques complémentaires				
n°14 : Information du patient sur sa douleur				
n°15 : Le libre choix du patient pour sa douleur				
n°16 : Les dommages psychologiques et sociaux de la douleur				
n°17 : Reconnaissance administrative des traitements antalgiques				
n°18 : Accès aux traitements de la douleur				

Utilité article par article de la charte

Article	Très utile	Utile	Moyennement utile	Peu utile
n°1 : La douleur n'est plus une fatalité				
n°2 : Croire à la douleur de l'autre				
n°3 : La douleur : une souffrance à part entière				
n°4 : Evaluer la douleur				
n°5 : Soulager sans attendre				
n°6 : L'éducation à l'évaluation et au traitement de la douleur				
n°7 : Disponibilité des antalgiques				
n°8 : Prévenir la douleur				
n°9 : Bénéficier d'un avis spécialisé douleur				
n°10 : La douleur chronique, un phénomène pluridimensionnel				
n°11 : La douleur chez les personnes vulnérables				
n°12 : Des moyens adaptés contre la douleur de l'enfant				
n°13 : Les traitements antalgiques complémentaires				
n°14 : Information du patient sur sa douleur				
n°15 : Le libre choix du patient pour sa douleur				
n°16 : Les dommages psychologiques et sociaux de la douleur				
n°17 : Reconnaissance administrative des traitements antalgiques				
n°18 : Accès aux traitements de la douleur				

Applicabilité article par article de la charte

Article	Très applicable	Applicable	Moyennement applicable	Peu applicable
n°1 : La douleur n'est plus une fatalité				
n°2 : Croire à la douleur de l'autre				
n°3 : La douleur : une souffrance à part entière				
n°4 : Evaluer la douleur				
n°5 : Soulager sans attendre				
n°6 : L'éducation à l'évaluation et au traitement de la douleur				
n°7 : Disponibilité des antalgiques				
n°8 : Prévenir la douleur				
n°9 : Bénéficier d'un avis spécialisé douleur				
n°10 : La douleur chronique, un phénomène pluridimensionnel				
n°11 : La douleur chez les personnes vulnérables				
n°12 : Des moyens adaptés contre la douleur de l'enfant				
n°13 : Les traitements antalgiques complémentaires				
n°14 : Information du patient sur sa douleur				
n°15 : Le libre choix du patient pour sa douleur				
n°16 : Les dommages psychologiques et sociaux de la douleur				
n°17 : Reconnaissance administrative des traitements antalgiques				
n°18 : Accès aux traitements de la douleur				

Q 6- Vos intentions :

- **Que pensez-vous faire de la C.C.L.D. ?**
  - Je l'applique déjà dans ma pratique quotidienne ☐ oui ☐ non
  - l'appliquer dans ma pratique quotidienne ☐ oui ☐ non
  - l'afficher dans la salle d'attente ☐ oui ☐ non
  - l'afficher dans mon cabinet de consultation ☐ oui ☐ non
  - la recommander à mes confrères ☐ oui ☐ non
  - Informer mes patients de l'existence de la C.C.L.D. ☐ oui ☐ non
  - l'ignorer ☐ oui ☐ non

- **Cela va-t-il changer votre comportement face au patient douloureux ?**
  - ☐ Oui
  - ☐ Non
  - ☐ Ne se prononce pas

- **Si oui, en quoi ?**
  - m'appuyer dessus pour convaincre les patients douloureux de la nécessité de l'évaluation précise de leur douleur ☐ oui ☐ non
  - m'appuyer dessus pour convaincre les patients douloureux de la nécessité de soulager la douleur ☐ oui ☐ non
  - m'appuyer dessus pour convaincre les patients douloureux de l'utilité des morphiniques forts (niveau III) ☐ oui ☐ non

Q 7- En conclusion :

- **Approuvez-vous la C.C.L.D.?**
  - ☐ entièrement
  - ☐ en majeure partie
  - ☐ moyennement
  - ☐ pas du tout

Nous vous remercions cordialement pour le précieux temps que vous nous avez accordé afin de participer à cette enquête.

Questionnaire n°…../…..

Annexe 8

Pertinence article par article de la charte

Article	Très pertinent	Pertinent	Moyennement pertinent	Peu pertinent
n°1 : La douleur n'est plus une fatalité	14 (60,9%)	8 (34,8%)	1 (4,3%)	0 (0%)
n°2 : Croire à la douleur de l'autre	13 (56,5%)	7 (30,4%)	1 (4,3%)	2 (8,7%)
n°3 : La douleur : une souffrance à part entière	14 (60,9%)	6 (26,1%)	3 (13%)	0
n°4 : Evaluer la douleur	13 (56,5%)	8 (34,8%)	2 (8,7%)	0
n°5 : Soulager sans attendre	14 (60,9%)	7 (30,4%)	2 (8,7%)	0
n°6 : L'éducation à l'évaluation et au traitement de la douleur	12 (52,2%)	7 (30,4%)	3 (13%)	1 (4,3%)
n°7 : Disponibilité des antalgiques	12 (52,2%)	6 (26,1%)	2 (8,7%)	3 (13%)
n°8 : Prévenir la douleur	16 (69,6%)	4 (17,4%)	3 (13%)	0
n°9 : Bénéficier d'un avis spécialisé douleur	5 (21,7%)	10 (43,5%)	6 (26,1%)	2 (8,7%)
n°10 : La douleur chronique, un phénomène pluridimensionnel	8 (34,8%)	14 (60,9%)	1 (4,3%)	0
n°11 : La douleur chez les personnes vulnérables	9 (39,1%)	13 (56,5%)	1 (4,3%)	0
n°12 : Des moyens adaptés contre la douleur de l'enfant	12 (52,2%)	10 (43,5%)	0	1 (4,3%)
n°13 : Les traitements antalgiques complémentaires	13 (56,5%)	9 (39,1%)	4 (17,4%)	0
n°14 : Information du patient sur sa douleur	12 (52,2%)	9 (39,1%)	2 (8,7%)	0
n°15 : Le libre choix du patient pour sa douleur	8 (34,8%)	8 (34,8%)	7 (30,4%)	0
n°16 : Les dommages psychologiques et sociaux de la douleur	10 (43,5%)	10 (43,5%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)
n°17 : Reconnaissance administrative des traitements antalgiques	10 (43,5%)	8 (34,8%)	5 (21,7%)	0
n°18 : Accès aux traitements de la douleur	15 (65,2%)	5 (21,7%)	3 (13%)	0

Utilité article par article de la charte

Article	Très utile	Utile	Moyennement utile	Peu utile
n°1 : La douleur n'est plus une fatalité	15 (65,2%)	3 (13%)	2 (8,7%)	3 (13%)
n°2 : Croire à la douleur de l'autre	18 (78,3%)	4 (17,4%)	0	1 (4,3%)
n°3 : La douleur : une souffrance à part entière	11 (47,8%)	9 (39,1%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)
n°4 : Evaluer la douleur	16 (69,6%)	6 (26,1%)	1 (4,3%)	0
n°5 : Soulager sans attendre	16 (69,6%)	7 (30,4%)	0	0
n°6 : L'éducation à l'évaluation et au traitement de la douleur	16 (69,6%)	3 (13%)	4 (17,4%)	0
n°7 : Disponibilité des antalgiques	9 (39,1%)	10 (43,5%)	3 (13%)	1 (4,3%)
n°8 : Prévenir la douleur	12 (52,2%)	7 (30,4%)	2 (8,7%)	2 (8,7%)
n°9 : Bénéficier d'un avis spécialisé douleur	4 (17,4%)	14 (60,1%)	5 (21,7%)	0
n°10 : La douleur chronique, un phénomène pluridimensionnel	7 (30,4%)	11 (47,8%)	5 (21,7%)	0
n°11 : La douleur chez les personnes vulnérables	10 (43,5%)	8 (34,8%)	4 (17,4%)	0
n°12 : Des moyens adaptés contre la douleur de l'enfant	15 (65,2%)	8 (34,8%)	0	0
n°13 : Les traitements antalgiques complémentaires	12 (52,2%)	9 (39,1%)	1 (4,3%)	1 (4,3%)
n°14 : Information du patient sur sa douleur	11 (47,8%)	9 (39,1%)	3 (13%)	0
n°15 : Le libre choix du patient pour sa douleur	4 (17,4%)	12 (52,2%)	6 (26,1%)	1 (4,3%)
n°16 : Les dommages psychologiques et sociaux de la douleur	7 (30,4%)	11 (47,8%)	4 (17,4%)	1 (4,3%)
n°17 : Reconnaissance administrative des traitements antalgiques	10 (43,5%)	9 (39,1%)	3 (13%)	1 (4,3%)
n°18 : Accès aux traitements de la douleur	14 (60,9%)	6 (26,1%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)

Applicabilité article par article de la charte

Article	Très applicable	Applicable	Moyennement applicable	Peu applicable
n°1 : La douleur n'est plus une fatalité	14 (60,9%)	5 (21,7%)	3 (13%)	1 (4,3%)
n°2 : Croire à la douleur de l'autre	11 (47,8%)	11 (47,8%)	0	1 (4,3%)
n°3 : La douleur : une souffrance à part entière	14 (60,9%)	7 (30,4%)	1 (4,3%)	1 (4,3%)
n°4 : Evaluer la douleur	14 (60,9%)	6 (26,1%)	3 (13%)	0
n°5 : Soulager sans attendre	9 (39,1%)	13 (56,5%)	1 (4,3%)	0
n°6 : L'éducation à l'évaluation et au traitement de la douleur	9 (39,1%)	8 (34,8)	5 (21,7%)	1 (4,3%)
n°7 : Disponibilité des antalgiques	7 (30,4%)	11 (47,8%)	2 (8,7%)	3 (13%)
n°8 : Prévenir la douleur	9 (39,1%)	11 (47,8%)	3 (13%)	0
n°9 : Bénéficier d'un avis spécialisé douleur	3 (13%)	7 (30,4%)	8 (34,8%)	5 (21,7%)
n°10 : La douleur chronique, un phénomène pluridimensionnel	5 (21,7%)	10 (43,5%)	4 (17,4%)	4 (17,4%)
n°11 : La douleur chez les personnes vulnérables	7 (30,4%)	10 (43,5%)	5 (21,7%)	1 (4,3%)
n°12 : Des moyens adaptés contre la douleur de l'enfant	10 (43,5%)	12 (52,2%)	1 (4,3%)	0
n°13 : Les traitements antalgiques complémentaires	7 (30,4%)	11 (47,8%)	4 (17,4%)	1 (4,3%)
n°14 : Information du patient sur sa douleur	8 (34,8%)	11 (47,8%)	4 (17,4%)	0
n°15 : Le libre choix du patient pour sa douleur	4 (17,4%)	11 (47,8%)	7 (30,4%)	1 (4,3%)
n°16 : Les dommages psychologiques et sociaux de la douleur	4 (17,4%)	13 (56,5%)	6 (26,1%)	0
n°17 : Reconnaissance administrative des traitements antalgiques	6 (26,1%)	10 (43,5%)	7 (30,4%)	0
n°18 : Accès aux traitements de la douleur	4 (17,4%)	14 (60,1%)	4 (17,4%)	1 (4,3%)

Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 31 octobre 2011

Le Directeur de Thèse

Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

BRANDONE Bruno **Thèse n°

111 pages – VI tableaux – 18 figures

Résumé :

Objectifs : Etudier l'avis des médecins généralistes sur la Charte Contre La Douleur (C.C.L.D.) et leurs intentions vis-à-vis de celle-ci.
Méthodologie : Enquête descriptive, qualitative, réalisée par entretien semi-dirigé auprès de vingt-trois médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet ou en activité de type S.O.S. Médecins. Le temps n'est pas chronométré et la C.C.L.D. est relue au préalable. La charte est évaluée dans sa globalité mais également article par article selon trois critères : pertinence, utilité, applicabilité.
Principaux résultats : 95,7 % des médecins généralistes répondants ont un avis favorable sur la C.C.L.D. 91,3% comptent l'appliquer et 65,2 % comptent la recommander à leurs confrères. Les dix-huit articles de la C.C.L.D. sont pertinents et utiles. Seul l'article N° 9 de la charte n'est pas validé car jugé non applicable.
Conclusion : La prise en charge de la douleur en médecine générale devrait bénéficier favorablement de l'application de la C.C.L.D. Intégrer la C.C.L.D. dans le bagage culturel de tout médecin en généralisant son enseignement à la faculté, son affichage dans tout poste de soins et sa diffusion auprès des malades aussi.

Mots clés :
- **Douleur**
- **Charte**
- **Médecine générale**
- **Recommandations**
- **Améliorations**

Jury :

Président : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie
Membres : Monsieur le Professeur BINET Christian
Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain
Monsieur le Docteur TAJFEL Pierre, directeur de thèse

Date de la soutenance : 31 octobre 2011