



4^{ième} programme d'action douleur du Ministère de la Santé

**Pr Frédéric Aubrun
CHU de Lyon**

Genèse du 4^{ième} programme d'action douleur du Ministère

Recommandations du HCSP suite à l'évaluation du 3^{ième} plan quinquennal:

- Poursuite de la structuration de l'offre de soins
- Formation et sensibilisation des professionnels de santé
- Information au public
- L'attention aux enfants, adolescents, personnes âgées, handicapées et personnes souffrant de pathologies psychiatriques
- L'amélioration des connaissances (épidémiologie, recherche clinique)
- L'amélioration de la gouvernance

Six grands axes de travail pour les anesthésistes

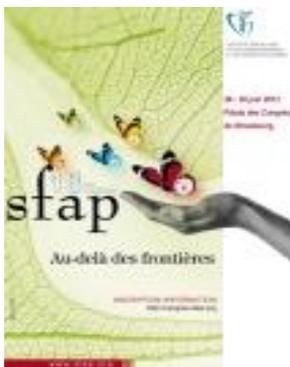
1. Une **plus grande clarté** des missions – douleur
2. La mise à disposition d'un **Passeport Douleur**
3. Les cibles essentielles: les **patients vulnérables**
4. La prévention de la **chronicisation de la douleur post-chirurgicale** et la prise en charge adaptée des patients en souffrance
5. **Sanctuarisation** du « temps douleur » en secteur de soins: financement dédié et création de conventions entre les structures
6. **Indicateurs de suivis**

Six grands axes

1. Une **plus grande clarté** des missions – douleur

Qui fait quoi en structure de soins ?

Quel est le périmètre d'action de chaque équipe ?



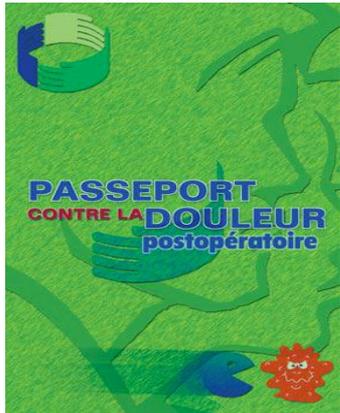
Six grands axes

1. Une **plus grande clarté** des missions – douleur
2. La mise à disposition d'un **Passeport Douleur**
3. Les cibles essentielles: les **patients vulnérables**
4. La prévention de la **chronicisation de la douleur post-chirurgicale** et la prise en charge adaptée des patients en souffrance
5. **Sanctuarisation** du « temps douleur » en secteur de soins: financement dédié et création de conventions entre les structures
6. **Indicateurs de suivis**

Six grands axes

Une **plus grande clarté** des missions - douleur

La mise à disposition d'un **Passeport Douleur**



**Document d'information sur la douleur
à l'usage des patients**

Exemple du passeport de l'IUD

Historique de leur(s) douleur(s)

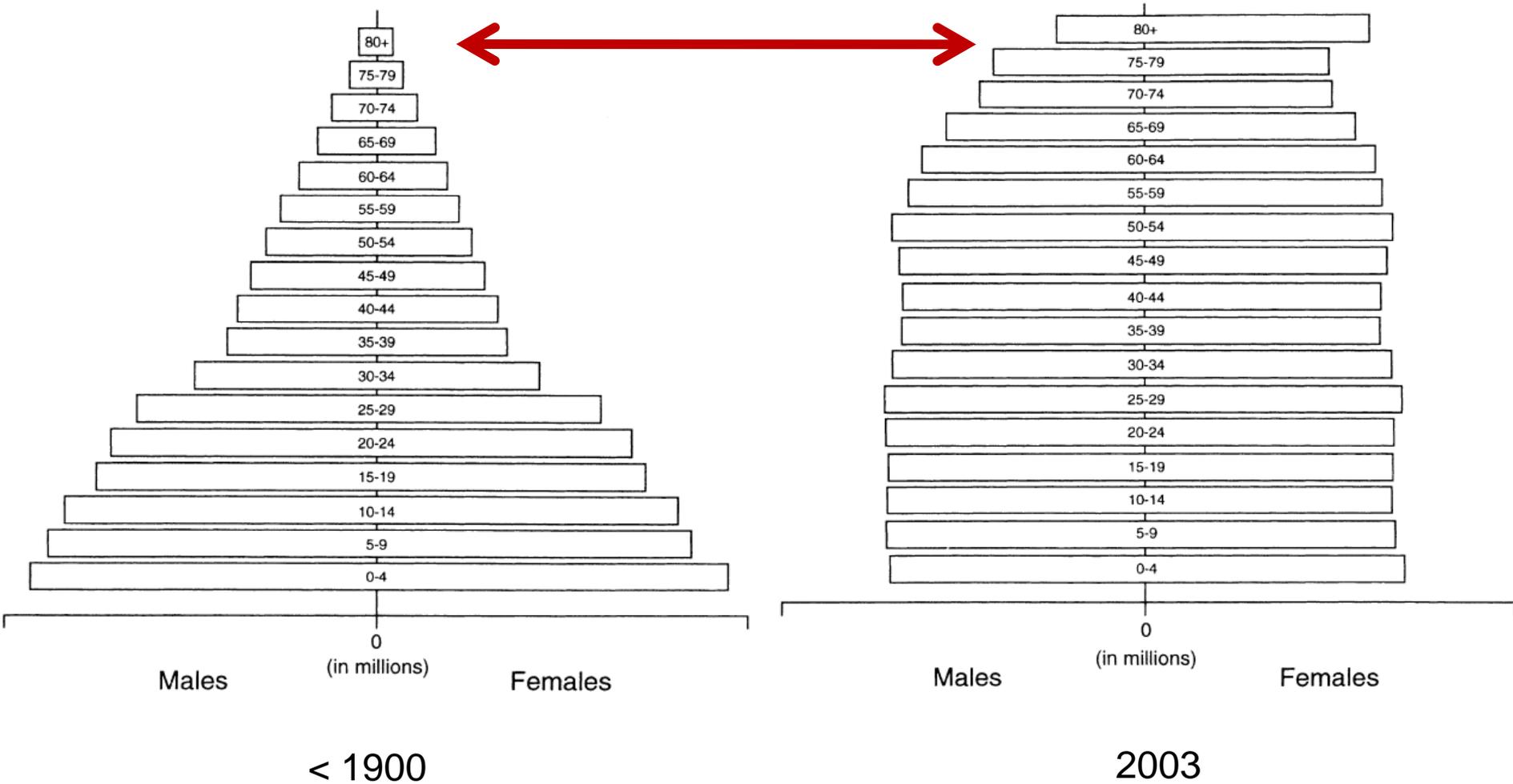
- Quels **types de douleurs** les patients peuvent-ils ressentir?
- Quels sont les **méthodes d'évaluation** de leurs douleurs?
 - Quels sont les **moyens** pour traiter les douleurs?

Six grands axes

1. Une **plus grande clarté** des missions - douleur
2. La mise à disposition d'un **Passeport Douleur**
3. **Les cibles essentielles: les patients vulnérables**
4. La prévention de la **chronicisation de la douleur post-chirurgicale** et la prise en charge adaptée des patients en souffrance
5. **Sanctuarisation** du « temps douleur » en secteur de soins: financement dédié et création de conventions entre les structures
6. **Indicateurs de suivis**

Age associated issues: geriatrics

A.D. John, MD^{a,b,*}, Frederick E. Sieber, MD^{a,b}



Réduction significative quantité et efficacité neurones synapses, neurotransmetteurs:

dysfonctions cognitives et difficulté dans la communication

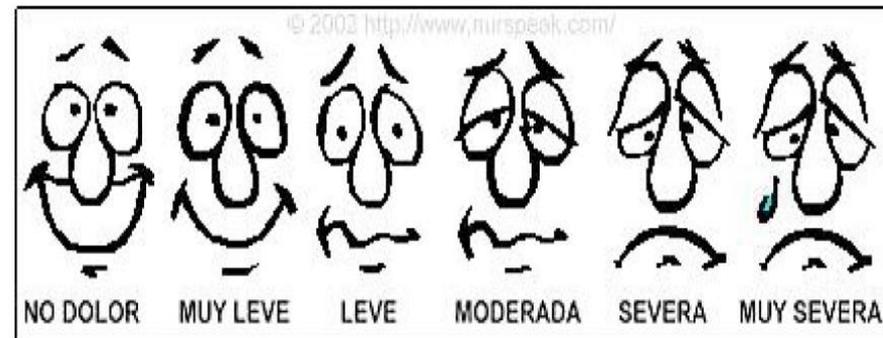


Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (page 1 of 1)

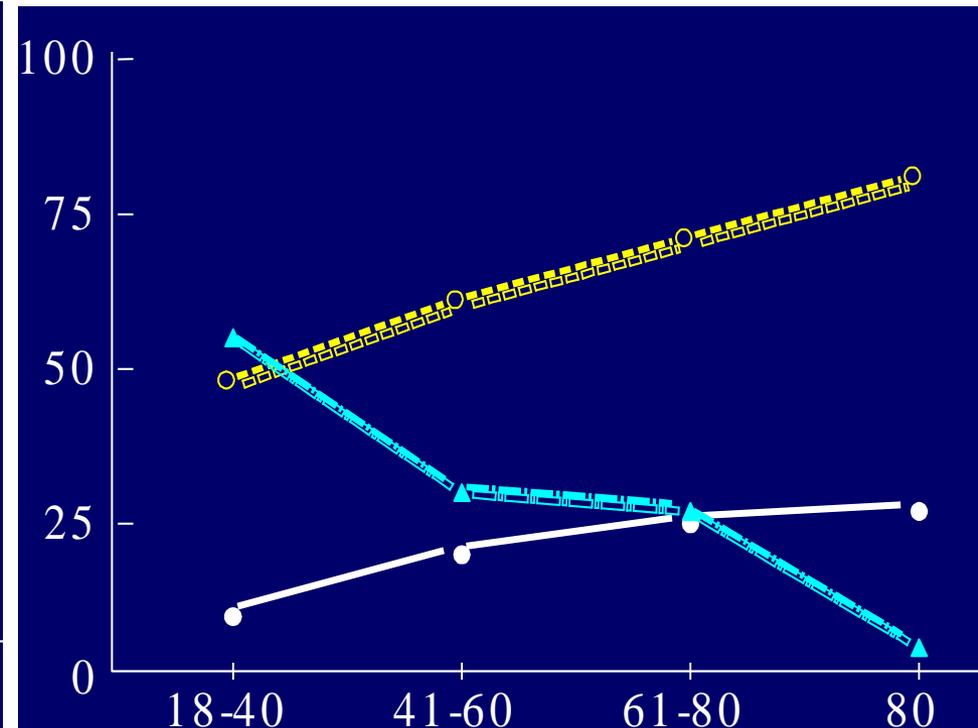
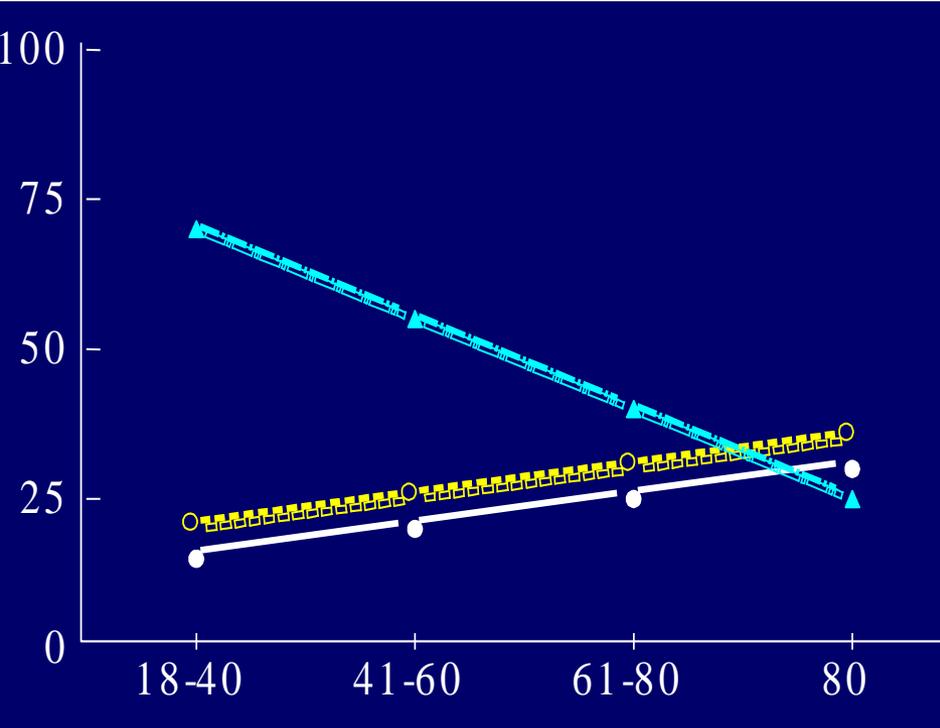
English



Español



Prescription (gauche) et consommation (droite) d'antalgiques selon l'âge



- Antalgiques morphiniques
- Antalgiques non morphiniques
- Absence d'antalgiques

Portenoy et al, Arch Intern Med 1985

Patients vulnérables

- Âges extrêmes (néo-natologie et grande vieillesse)
- Non voyants et mal-entendants
- Patients relevant de la psychiatrie
- Les patients s'exprimant dans une autre langue
- ➡ Campagne destinée aux patients et aux professionnels de santé

Six grands axes

1. Une **plus grande clarté** des missions - douleur
2. La mise à disposition d'un **Passeport Douleur**
3. Les cibles essentielles: les **patients vulnérables**
4. La prévention de la **chronicisation de la douleur post-chirurgicale** et la prise en charge adaptée des patients en souffrance
5. **Sanctuarisation** du « temps douleur » en secteur de soins: financement dédié et création de conventions entre les structures
6. **Indicateurs de suivis**

Review

Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention

Kehlet, Jensen, Woolf. 2006; 367



	Douleur chronique estimée	Douleur sévère estimée (EVA > 5/10)
Amputation	30-50%	5-10%
Chirurgie du sein	20-30%	5-10%
thoracotomie	30-40%	10%
Hernie inguinale	10%	2-4%
Pontage coronaire	30-50%	5-10%
Césarienne	10%	4%

Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention

Henrik Kehlet, Troels S Jensen, Clifford J Woolf

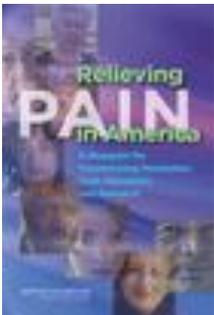
Acute postoperative pain is followed by persistent pain in 10–50% of individuals after common operations, such as groin hernia repair, breast and thoracic surgery, leg amputation, and coronary artery bypass surgery. Since chronic pain can be severe in about 2–10% of these patients, persistent postsurgical pain represents a major, largely unrecognised clinical problem. Iatrogenic neuropathic pain is probably the most important cause of long-term postsurgical pain. Consequently, surgical techniques that avoid nerve damage should be applied whenever possible. Also, the effect of aggressive, early therapy for postoperative pain should be investigated, since the intensity of acute postoperative pain correlates with the risk of developing a persistent pain state. Finally, the role of genetic factors should be studied, since only a proportion of patients with intraoperative nerve damage develop chronic pain. Based on information about the molecular mechanisms that affect changes to the peripheral and central nervous system in neuropathic pain, several opportunities exist for multimodal pharmacological intervention. Here, we outline strategies for identification of patients at risk and for prevention and possible treatment of this important entity of chronic pain.

BOX1-4

Pain by the Numbers

- **116 million**—number of U.S. adults with common chronic pain conditions
- **\$560 to 635 billion**—conservative estimate of the annual cost of chronic pain in America
- **\$99 billion**—2008 cost to federal and state governments of medical expenditures for pain
- **80 percent**—percentage of patients undergoing surgery who experience postoperative pain; fewer than half report adequate pain relief:
 - of these, 88 percent report the pain is moderate, severe, or extreme;
 - 10 to 50 percent of patients with postsurgical pain develop chronic pain, depending on the type of surgery; and
 - for 2 to 10 percent of these patients, this chronic postoperative pain is severe
- **60 percent**—percentage of patients visiting the emergency department with acute painful conditions who receive analgesics:
 - median time to receipt of pain medication is 90 minutes, and
 - 74 percent of emergency department patients are discharged in moderate to severe pain
- **2.1 million**—number of annual visits to U.S. emergency departments for acute headache (of 115 million total annual visits)
- **62 percent**—percentage of U.S. nursing home residents who report pain:
 - arthritis is the most common painful condition, and
 - 17 percent have substantial daily pain

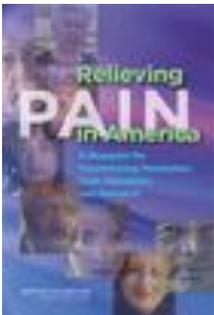
SOURCES: (Costs) Appendix C; (Childbirth) Melzack, 1993; Kainu et al., 2010; (Surgery) Apfelbaum et al., 2003; Kehlet et al., 2006; (Headache) Scher et al., 1998; (Emergency care) Todd et al., 2007; (Emergency: headache) Edlow et al., 2008; (Nursing homes) Ferrell et al., 1995; Sawyer et al., 2007; (Low back pain) Deyo et al., 2006.



Pain by the Numbers

- **116 million**—number of U.S. adults with common chronic pain conditions
- **\$560 to 635 billion**—conservative estimate of the annual cost of chronic pain in America
- **\$99 billion**—2008 cost to federal and state governments of medical expenditures for pain
- **80 percent**—percentage of patients undergoing surgery who experience postoperative pain; fewer than half report adequate pain relief:
 - of these, 88 percent report the pain is moderate, severe, or extreme;
 - 10 to 50 percent of patients with postsurgical pain develop chronic pain, depending on the type of surgery; and
 - for 2 to 10 percent of these patients, this chronic postoperative pain is severe
- **60 percent**—percentage of patients visiting the emergency department with acute painful conditions who receive analgesics:
 - median time to receipt of pain medication is 90 minutes, and
 - 74 percent of emergency department patients are discharged in moderate to severe pain
- **2.1 million**—number of annual visits to U.S. emergency departments for acute headache (of 115 million total annual visits)
- **62 percent**—percentage of U.S. nursing home residents who report pain:
 - arthritis is the most common painful condition, and
 - 17 percent have substantial daily pain

SOURCES: (Costs) Appendix C; (Childbirth) Melzack, 1993; Kainu et al., 2010; (Surgery) Apfelbaum et al., 2003; Kehlet et al., 2006; (Headache) Scher et al., 1998; (Emergency care) Todd et al., 2007; (Emergency: headache) Edlow et al., 2008; (Nursing homes) Ferrell et al., 1995; Sawyer et al., 2007; (Low back pain) Deyo et al., 2006.



A patient-based national survey on postoperative pain management in France

Fletcher et al, Pain 2008

1900 patients

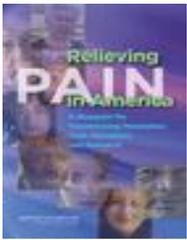
- Douleur préopératoire > 1 an: **35,6%**
- Douleur au repos: 2,7 (1,3), au mouvement 4,9 (1,9)
- Douleur max sur 24h: **6,4** (2)
- **4,2 %** des patients rapportent une douleur sévère au repos, **26,9%** au mouvement
- **50,9 %** des patients rapportent une douleur maximale sévère dans les 24h après la chirurgie

Six grands axes

1. Une **plus grande lisibilité** des missions - douleur
2. La mise à disposition d'un **Passeport Douleur**
3. Les cibles essentielles: les **patients vulnérables**
4. La prévention de la **chronicisation de la douleur post-chirurgicale** et la prise en charge adaptée des patients en souffrance
5. **Sanctuarisation** du « temps douleur» en secteur de soins: financement dédié et création de conventions entre les structures: **partenariats/mutualisation des moyens**
6. **Indicateurs de suivis**

Six grands axes

1. Une **plus grande lisibilité** des missions - douleur
2. La mise à disposition d'un **Passeport Douleur**
3. Les cibles essentielles: les **patients vulnérables**
4. La prévention de la **chronicisation de la douleur post-chirurgicale** et la prise en charge adaptée des patients en souffrance
5. **Sanctuarisation** du « temps douleur » en secteur de soins: financement dédié et création de conventions entre les structures
6. **Indicateurs de suivis:** ex:IPAQSS : indicateurs dans la certification



BOX 2-1

Healthy People 2020 Pain Relief Objectives

Medical Product Safety (MPS) Objective 2:

Increase the safe and effective treatment of pain

- MPS 2.1 Reduce the proportion of **patients suffering from untreated pain due to a lack of access to pain treatment**
- MPS 2.2 Reduce the number of non-FDA-approved pain medications*
- MPS 2.3 Reduce **serious injuries** from the use of pain medicines
- MPS 2.4 Reduce **deaths** from the use of pain medicines

*This is the only objective that, as of Healthy People's December 2010 release, was not considered "developmental"; however, the committee was unable to obtain a list of non-FDA approved pain medications from the FDA.

Orientation du ministère

Miser sur le parcours patient

« Renforcer le rôle des acteurs du premier recours, et éviter la chronicisation puis quand elle est présente, mettre en avant le rôle des structures douleur chronique renouvelées »