

Médecine de la douleur

- **Principal rédacteur de cette synthèse**
Serge PERROT, Cochin
- **Participation de la spécialité à l'aval des urgences**
 - Appel pour avis ponctuels en cas de problème de douleur.
 - Élaboration de protocoles de prise en charge de la douleur aux urgences.
 - Consultations post-urgences pour suivi de patients examinés aux urgences pour douleur.
- **Grandes progrès envisageables dans la spécialité**
Aggravation de la fréquence des maladies chroniques douloureuses : lombalgies, troubles liés au travail, fibromyalgie, douleurs chroniques du cancer, migraines et céphalées, douleurs post-traumatiques, douleurs post-chirurgicales.
- **Poids et profil des patients chroniques dans la spécialité**
 - Patients âgés
 - Précarité psycho-sociale
 - Cancers, d'autant que les cancers deviennent de plus en plus chroniques
 - Fréquence des douleurs dans de nombreuses maladies chroniques (diabète, obésité), et en fin de vie, hors phases palliatives.
- **Masses critiques pour les activités cliniques et les plateaux techniques**
 - Nécessité de centres multidisciplinaires, associant médecins de différentes spécialités, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues...
 - De grands centres doivent être développés, pour avoir une taille critique, en évitant les petits centres qui ne peuvent assurer les soins multidisciplinaires et sont débordés.
- **Coopération avec les médecins de ville**
 - Organisation en réseau, intégration de consultations avancées en ville, développement de consultations infirmières pour réduire les délais de prise en charge et améliorer un aiguillage plus rapide et plus adapté selon les diagnostics.
- **Filières de soins à l'intérieur (entre les GH) et hors de l'AP-HP**
Consultations avancées des GH qui peuvent se faire en dehors de l'AP-HP, avec ensuite prise en charge dans des centres spécialisés de l'AP-HP
- **Substituts à l'hospitalisation conventionnelle : hôpital de jour, hospitalisation à domicile, ambulatoire...**
 - Hôpitaux de jour à développer.
 - Ambulatoire
- **Impact de la télé-médecine**
 - Important : développer des évaluations à distance, pour mieux orienter les patients, dépister les patients à risque, en précarité, ou ceux justifiant d'approches plus complexes et plus urgentes.
 - La consultation infirmière et la télé-médecine doivent être développées autour de centres d'excellence, pour pallier le manque de médecins et de structures spécialisées dans la douleur.
- **Commentaires libres**
 - Nécessité de réorganiser les centres de la douleur en plusieurs niveaux : centres d'excellence avec moyens importants qui devraient être au nombre maximum de six pour l'AP-HP et des consultations avancées dans tous les GH, pour éviter les centres réduits à un médecin.
 - Favoriser les liens entre AP-HP et hors AP-HP.
 - Nécessité de protéger les postes de médecins de la douleur, qui sont redistribués vers d'autres spécialités en cas de pénurie, notamment vers l'anesthésie.
 - Développer des structures douleur en lien avec le plan cancer et les soins de support.
 - Développer des « urgences douleur ».
 - Assurer la visibilité des centres douleur en fonction de leurs spécificités.