

# La prise en charge des douleurs orofaciales en France : vers une démarche intégrée

## RÉSUMÉ



**Paul PIONCHON**

CHU de Clermont-Ferrand,  
Service d'Odontologie.  
Université d'Auvergne Clermont-Ferrand I,  
Faculté de Chirurgie Dentaire.  
Consultation douleurs orofaciales  
et réadaptation fonctionnelle  
de l'appareil manducateur.  
Inserm U 929.  
11 boulevard Charles-de-Gaulle,  
63000 Clermont Ferrand.

**Céline MELIN**

Faculté de Chirurgie Dentaire et Service d'Odontologie  
de Clermont-Ferrand.  
Consultation douleurs orofaciales  
et réadaptation fonctionnelle  
de l'appareil manducateur.  
Inserm U 929.



La douleur est un problème de santé publique et constitue le premier motif de consultation médicale. La prise en charge de la douleur est une obligation légale, éthique et technique. Si les douleurs aiguës sont bien maîtrisées par les spécialistes de la sphère orofaciale, le traitement des douleurs chroniques reste plus complexe. Dans tous les cas, la démarche du praticien consistera à évaluer le type de douleur concerné en fonction de la compréhension des mécanismes sous-jacents et à décider s'il prend la responsabilité du traitement ou s'il oriente le malade vers une consultation spécialisée.

L'optimisation de la prise en charge nécessite l'organisation des structures de soins, de la recherche fondamentale et clinique et de la qualité de l'enseignement initial et de la formation continue.

### Mots clés

- douleur orofaciale
- santé publique
- prise en charge
- organisation sanitaire
- enseignement

AOS 2011;256:377-387  
DOI: 10.1051/aos/2011409  
© EDP Sciences

> La douleur est un problème de santé publique et constitue le premier motif de consultation des cabinets d'odonto-stomatologie. Il n'y a pas si longtemps, la douleur était considérée comme un mal inhérent à la

condition humaine, une fatalité que la médecine ne pouvait qu'abandonner à la philosophie, la littérature et les religions avant qu'elle ne soit devenue objet de science et de santé publique.

## La douleur orofaciale : une question de santé publique

Le droit à ne pas souffrir est aujourd'hui considéré comme fondamental dans de nombreux pays et sa prise en charge comme un droit humain [1].

L'obligation de prendre en compte la douleur des malades est inscrite dans la loi française depuis 2002 [2] et la lutte contre la douleur est un objectif de santé publique soutenu par trois plans gouvernementaux successifs qui couronnent un engagement politique, législatif et organisationnel, tant au niveau de la prise en charge clinique que de la recherche et de l'enseignement. Un quatrième programme de lutte contre la douleur en cours d'élaboration est annoncé pour mars 2012.

Ce changement collectif concrétise une aspiration individuelle à ne plus souffrir, associée à une volonté éthique et humaniste. Il s'appuie sur le progrès des connaissances, notamment en neurosciences, ainsi que sur l'évolution de la médecine qui tend à considérer les aspects plurifactoriels de la maladie et de la santé et qui met le malade au centre du dispositif de soin. L'odonto-stomatologie s'inscrit dans ce courant en évoluant d'une pratique exclusivement chirurgicale et réparatrice vers le traitement des maladies causales comme en témoigne l'évolution de la cariologie ou de la parodontologie. La médecine bucco-dentaire ne se cantonne plus aux maladies d'origine infectieuse et s'in-

téresse tant à la réadaptation des fonctions qu'à l'amélioration de la santé orale et de la qualité de vie des malades.

En effet, au-delà des considérations éthiques et médicales, l'absence d'une prise en charge correcte de la douleur représente un poids économique non négligeable. Les antalgiques sont les médicaments les plus consommés au monde. Par ailleurs, la douleur a un impact sur l'économie par le nombre de journées de travail perdues : 18 millions en France pour la seule migraine. Ce poids économique est de l'ordre de 300 milliards d'euros dans la communauté européenne soit 1,7 % du PIB. Plus de 31,7 % de la population française et européenne souffre de douleurs chroniques, dont 19,9 % d'intensité modérées à intenses.

De nombreuses entités douloureuses s'expriment dans l'aire innervée par le nerf trijumeau. Névralgie trigéminalle essentielle, algies orofaciales idiopathiques, algie vasculaire de la face et migraines ont en commun d'être, dans une certaine mesure, spécifiques de la région orofaciale [3].

Les douleurs orofaciales concernent un individu sur cinq, ce qui représente plusieurs millions de personnes. Les odonto-stomatologistes connaissent bien les douleurs aiguës qui restent l'un des premiers motifs de consultation et qui ont probablement l'une des plus fortes préva-

lences [4]. Ils savent traiter les lésions ou les maladies qui les provoquent et connaissent les traitements antalgiques qui contrôlent leurs actes chirurgicaux [5]. Les caractéristiques et les modalités de prise en charge des douleurs provoquées par les soins sont connues [6] et ont fait l'objet de recommandations officielles [7].

En revanche, la formation initiale des praticiens en exercice ne les a que très peu préparés à la prise en charge des maladies chroniques et en particulier de la douleur. Or la douleur chronique n'est pas la simple réaction du système nociceptif à l'activation d'un mécanisme périphérique, mais un dysfonctionnement de l'ensemble des systèmes sensoriel, émotionnel et cognitif. Elle constitue une maladie en soi qui induit une importante altération de la qualité de vie des malades. Pour bien la traiter, il importe de la connaître et de la comprendre.

D'énormes progrès ont été réalisés au cours de ces dernières années en ce qui concerne la connaissance des mécanismes cellulaires et moléculaires de la douleur, son diagnostic et sa prise en charge clinique. Mais les traitements disponibles à ce jour ne sont que partiellement efficaces et peuvent être associés à des effets secondaires importants.

Les raisons de cette situation tiennent à la fois à la persistance de lacunes importantes dans notre

compréhension des mécanismes sous-tendant certaines douleurs rebelles aux traitements, mais également au développement insuffisant de la recherche clinique à visée thérapeutique ou physiopathologique. Il n'existe pas à l'heure actuelle de véritables interactions entre cliniciens et chercheurs. Or, la recherche sur la douleur ne peut être envisagée que comme un continuum qui s'étend du domaine fondamental aux aspects cliniques. Aussi, des efforts doivent-ils porter en priorité sur l'interface entre recherche fondamentale, recherche clinique et pratique clinique. C'est là que résident les questions à poser pour comprendre les mécanismes de la douleur et ainsi mieux la traiter. Des cliniciens plus attentifs aux données de la recherche et capables de les intégrer dans leur pratique quotidienne pourront ainsi mieux traiter la douleur.

Comprendre, traiter, apprendre. Nous retrouvons là les trois piliers de la mission hospitalo-universitaire à travers la recherche, l'enseignement et la pratique clinique. Mais la prise en charge de la douleur ne saurait être l'apanage exclusif de spécialistes. Elle concerne l'ensemble des praticiens dans le quotidien de leur exercice et doit avoir toute sa place dans les programmes de formation continue. En revanche, il conviendra de hiérarchiser le niveau d'intervention tant en fonction des compétences que de celui des possibilités institutionnelles.

## Comprendre la douleur : un préalable indispensable

Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), il s'agit d'une « *expression sensorielle et émotionnelle associée à une lésion réelle ou potentielle des tissus, ou décrite en termes d'une telle lésion* » [8].

Cette définition montre à quel point la douleur est un phénomène complexe revêtant un aspect multidimensionnel (sensoriel, affectif et émotionnel, cognitif et comportemental).

Cette définition moderne nous conduit à faire plusieurs remarques :

- elle évite la liaison entre douleur et stimulus ;
- elle reconnaît le caractère forcément subjectif de la sensation douloureuse. Chacun d'entre nous apprend à exprimer sa sensation nociceptive à partir des expériences qu'il a faites par le passé. Il est donc difficile de faire la part entre le stimulus du corps biologique et la souffrance liée au vécu psychique. Des facteurs personnels, sociaux, culturels, géographiques, historiques, philosophiques, religieux... interviennent.

## Mécanismes

La plupart des échecs dans la prise en charge de la douleur sont dus à une méconnaissance des mécanismes sous-jacents. Il s'agit d'un phénomène neurobiologique complexe habituellement lié à une agression interne ou externe menaçant l'intégrité de l'organisme. Comme toutes les autres modalités sensorielles, la perception douloureuse est influencée à la fois par l'état physiologique et des facteurs environnementaux. La connaissance de ces mécanismes permet de comprendre des manifestations cliniques inattendues comme les phénomènes de convergence, de douleurs référées, de sensibilisation périphérique (inflammation) ou centrale (anticipation anxieuse).

On distingue trois niveaux de l'expérience douloureuse :

- une composante sensori-discriminative qui correspond à sa détection spatiale et temporelle, à celle de l'intensité, de sa durée et de sa qualité ;
- une composante cognitivo-évaluative qui conditionne la perception et le mode d'expression de l'expérience douloureuse. Le système cognitif interprète la douleur en fonc-

tion du contexte, mais aussi de l'expérience passée, de projections vers le futur et de l'éducation socioculturelle ;

- une composante affectivo-motivationale de la douleur qui concerne le caractère déplaisant du stimulus et les réactions comportementales et végétatives qu'il entraîne centre l'attention de l'individu sur la douleur qui devient alors prioritaire sur l'activité en cours. D'autre part, elle déclenche un comportement de défense ou de fuite, indispensable à la survie de l'individu en mettant en jeu des réflexes somatomoteurs et des réactions neurovégétatives. La composante émotionnelle de la douleur la rend intolérable et contribue à sa transformation en douleur chronique. Cette émotion peut être communiquée (empathie de la douleur), elle nous permet donc de mesurer l'intensité émotionnelle que revêt un stimulus particulier pour l'autre et d'en prédire les conséquences possibles [9]. Cette question pourrait être fondamentale pour la prise en charge de la douleur. En effet, l'interaction douleur-émotion peut représenter une nouvelle voie thérapeutique pour soulager la douleur, prévenir sa transformation en une forme chronique et améliorer la qualité de vie de patients souffrant de douleur chronique.

Il est important de comprendre que la douleur, comme tout système sensoriel, est la résultante d'un signal exciteur qui est modulé par des systèmes de contrôle qui vont augmenter ou inhiber la sensation perçue. Parmi ces systèmes de modulation, on a décrit le *gate-control* mais aussi tous les facteurs de modulation corticaux sous l'influence de facteurs cognitifs et émotionnels. Ainsi, les manifestations cliniques pourront être autant dues au dysfonctionnement de la modulation qu'à l'événement inducteur lui-même [10].

Par conséquent, l'influence des facteurs cognitifs, émotionnels, comportementaux et sociaux, les altérations de la qualité de vie qui en sont la conséquence et les modalités de sa prise en charge sont autant d'éléments qui vont participer au vécu de la douleur et à son éventuelle chronicisation.

Récemment, il a été également montré qu'il existait une prédisposition génétique au développement de certaines douleurs orofaciales [11].

Dans l'idéal, l'évaluation et le traitement de la douleur devraient être fondés sur l'identification et le contrôle de ces mécanismes, mais ils sont loin d'être encore tous connus. La recherche tant fondamentale que clinique et des thérapeutiques basées sur les mécanismes de la douleur sont la clé de l'évolution des thérapeutiques.

## Les différents types de douleur

L'évaluation clinique aura pour but d'identifier le type de la douleur.

### > *Douleur symptôme et douleur maladie*

La douleur symptôme (aiguë) constitue une fonction de signal d'alarme face à l'agression tissulaire. Elle est normalement réversible et doit répondre au traitement étiologique et antalgique. La douleur maladie (chronique) procède d'un remaniement du système nerveux central. L'expérience douloureuse envahit toute la vie du sujet et perdure même au-delà de la disparition de la lésion initiale. Elle doit impérativement être appréhendée dans une perspective biologique, mais aussi psychologique et sociale.

### > *Douleurs selon les mécanismes*

- Les douleurs nociceptives sont dues à des stimulations périphériques (douleur inflammatoire

par stimulation chimique, douleur tumorale par compression mécanique). Elles sont les plus fréquentes et peuvent être profondes ou superficielles. Le traitement de la cause est primordial. Elles répondent au traitement étiologique, antalgique et anesthésique.

- Les douleurs neuropathiques s'expliquent par des lésions du système nerveux périphérique ou central. Elles sont souvent déroutantes, s'expriment par des sensations de brûlure, de fourmillement, de décharge électrique. Elles deviennent souvent persistantes. Les traitements antalgiques classiques n'ont que peu ou pas d'action ; elles répondent à des traitements pharmacologiques spécifiques (anti-épileptiques, antidépresseurs tricycliques, etc.) ou des alternatives non médicamenteuses (stimulations électriques périphériques ou centrales, hypnose, acupuncture...).
- Les douleurs dites « idiopathiques » résultent d'un dysfonctionnement du système nerveux : les défauts de contrôle inhibiteur en sont un élément majeur. On parlera donc de douleurs dysfonctionnelles. La recherche d'une cause unique devient épuisante tant pour les malades que pour les soignants. Or il s'agit d'une intrication de différents facteurs (hormonaux, neuro-dysfonctionnels, génétiques, comportementaux, psychosociaux) qui se combinent en facteurs de risque, facteurs déclenchant et facteurs d'entretien. Ces syndromes ont tendance à devenir chroniques, en particulier à la suite de réponses inadéquates de l'environnement dont les thérapeutes. Dans la sphère orofaciale, certains tableaux douloureux répondent bien à cette définition : stomatodynies, algies faciales atypiques, douleurs musculosquelettiques chroniques. L'évaluation devrait avoir pour objectif d'identifier les mécanismes mis en jeu qui orientent l'efficacité de la prise en charge souvent pluridisciplinaire.

- La question des douleurs dites « psychogènes » est délicate. Elles sont rares et ne doivent pas être confondues avec les répercussions psychologiques (anxiété, dépression) des douleurs symptomatiques. Une souffrance psychique peut s'exprimer par

un vécu douloureux, bien réel pour le malade. Le diagnostic doit être psychiatrique et basé sur une sémiologie positive ; ce ne doit pas être un diagnostic d'élimination par méconnaissance ou parce que l'on ne trouve rien.

## L'odonto-stomatologiste face à la douleur

Le praticien est spécifiquement confronté à la prise en charge des douleurs orofaciales qui concernent environ 25 % de la population générale et se répartissent entre douleurs dentaires et péri-dentaires (12 %), musculo-articulaires (12 %) et douleurs neuropathiques ou idiopathiques (1 %).

### Les douleurs nociceptives aiguës

Tout praticien constate quotidiennement que la douleur aiguë reste encore actuellement une des principales motivations conduisant le patient à consulter souvent en urgence, en l'attente d'un soulagement rapide et définitif.

Face à cette demande, il doit d'abord évaluer la douleur et en rechercher les causes. S'il identifie une origine dentaire ou buccale, le praticien peut mettre en œuvre un traitement symptomatique ciblé sur un ou plusieurs des différents segments du parcours de l'influx douloureux. Il entreprendra un traitement étiologique de l'affection causale si nécessaire en tenant compte de l'anxiété liée aux soins.

Il devra dépister les douleurs chroniques et assurer la prévention et le traitement des douleurs induites par les soins et la chirurgie.

### Les douleurs musculosquelettiques

Il convient de différencier les arthralgies, souvent aiguës et localisées, des myalgies majoritairement chroniques dont les mécanismes générateurs sont différents. Les arthralgies sont souvent associées à des atteintes majoritairement inflammatoires, dégénératives ou mécaniques, localisées à l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) ou généralisées à toutes les articulations. Plus communes, les douleurs musculaires chroniques de l'appareil manducateur peuvent être initialement localisées. Elles auront tendance à diffuser avec le temps et à se projeter à distance sur d'autres territoires craniofaciaux ou cervicaux, s'associant à des céphalées. Ces myalgies varient selon les stimulations stressantes, la fatigue du sujet ou en fonction de son état psycho-émotionnel. Quotidiennes et persistantes, elles deviennent invalidantes et rappellent la sémiologie d'un état fibromyalgique [12]. Ces douleurs musculaires, majoritairement plus « dysfonctionnelles » que mécaniques, peuvent être totalement indépendantes de la fonction masticatrice ou d'éventuelles para-fonctions telles que le bruxisme. Les études récentes montrent

que les différents phénotypes exprimés sont associés à des variables sociodémographiques (âge, genre), au fonctionnement psychique, à une sensibilité exacerbée du système nociceptif et à des altérations des réponses autonomiques. Plusieurs caractéristiques génétiques ont été identifiées qui constituent des marqueurs des différents circuits nociceptifs associés aux dysfonctionnements temporo-mandibulaires [13].

L'omnipraticien pourra donc facilement traiter les problèmes aigus (post-traumatiques, pous-

sée inflammatoire) ; la prise en charge des entités chroniques relève plutôt d'un exercice spécialisé.

## Les douleurs neuropathiques ou idiopathiques

Elles relèvent d'un traitement spécialisé. Le diagnostic différentiel avec les céphalées (migraines, céphalées dites tensives) ou autres entités (zona, algie vasculaire de la face) est impératif.

# Les consultations spécialisées de douleur orofaciale

Ces consultations sont intégrées dans certains services hospitaliers d'odontologie et en lien avec les structures d'évaluation et de traitement de la douleur auxquelles sont référés les patients qui ne relèvent pas spécifiquement d'une thérapeutique orofaciale. Ces patients font appel à ces consultations spécialisées lorsque se présente la nécessité d'une expertise spécifique. Elles sont souvent animées par des praticiens hospitalo-universitaires qui ont une formation en physiologie orofaciale et en sciences occlusodontiques. Des collaborations existent tout particulièrement en interne avec les consultations de médecine buccale et les services de neurologie, rhumatologie, médecine interne, psychiatrie, ORL et maxillo-faciale.

L'objectif premier de ces consultations est de poser un diagnostic pluridisciplinaire (les patients adressés sont classiquement des cas complexes qui ont souvent subi plusieurs échecs thérapeutiques). Une part importante de ce travail est consacrée à l'évaluation clinique et une

synthèse entre praticiens. Cette activité est longue et délicate et représente souvent plusieurs heures de travail, ce qui reste difficile dans une pratique non spécialisée. Les outils d'évaluation reposent sur l'utilisation de questionnaires validés, d'une exploration psychophysique et fonctionnelle. L'option thérapeutique qui est posée peut être variable :

- investigation complémentaire (neurologique, psychiatrique, imagerie...);
- orientation thérapeutique vers une prise en charge symptomatique spécialisée (endodontique, prothétique, chirurgicale, neurologique, kinésithérapique, psychothérapique...);
- assistance à la poursuite de la prise en charge par le praticien traitant ;
- prise en charge dans la structure des douleurs musculo-articulaires complexes, neuropathiques et idiopathiques circonscrites à la sphère orofaciale et céphalique.

## L'enseignement de la douleur dans la formation initiale

Le troisième plan douleur (2006-2010) souligne la nécessité de renforcer la formation clinique initiale et continue des praticiens de santé.

Les douleurs orofaciales aiguës les plus communes sont les douleurs dentaires. Ces dernières sont en général prises en charge correctement. En revanche, la prévalence des douleurs orofaciales chroniques est également très importante, mais les connaissances des chirurgiens dentistes diplômés concernant ce type de douleur restent superficielles et très insuffisantes, en France comme au niveau international [14]. Cela implique donc que leur formation initiale soit renforcée, elle devrait représenter un objectif pédagogique prioritaire des facultés de médecine et d'odontologie.

Un tel enseignement est actuellement obligatoire depuis 1996 dans l'enseignement médical sous forme d'un module intégré pluridisciplinaire (module 6) douleur/soins palliatifs assorti d'un contrôle des connaissances. Il fait partie du profil du dentiste européen recommandé par l'ADEE et du programme de la réforme des études dans le cadre du LMD (niveau L3).

En 2006, nous avons réalisé une évaluation de cet enseignement dans les 16 UFR françaises en interrogeant les responsables d'enseignement quant au contenu des programmes et les étudiants quant aux acquis des connaissances [15].

On peut noter que les différentes disciplines nécessaires à l'enseignement sur la douleur sont souvent dispersées dans le cursus. L'étudiant se retrouve face à la difficulté de faire lui-même la synthèse des différentes informations. De plus, l'enseignement reste essentiellement théorique.

D'une manière générale, dans cette évaluation, une carence importante apparaît dans la formation sur la douleur et notamment sur la douleur chronique. En effet, 54,8 % des étudiants de T1 ne savent pas critiquer un article scientifique ; 61,6 % n'évaluent jamais la douleur de leurs patients ; 45,9 % n'ont jamais réalisé de gouttière occlusale ; 54,1 % ont des connaissances non basées sur les dernières données acquises de la science ; 45 % ne savent pas diagnostiquer les principales pathologies entraînant des douleurs orofaciales chroniques et 71,7 % ne savent pas prendre en charge les patients concernés. On remarque qu'à cette époque, il n'existait pas encore de formation spécifique sur la douleur (enseignement intégré avec pratique clinique).

Nous avons créé en 1999 à l'UFR de Clermont-Ferrand un module de ce type, animé par les enseignants chercheurs de la « Consultation douleurs orofaciales » et du laboratoire « Neurobiologie de la douleur trigéminal » (INSERM U 929) sous forme de séminaires basés sur une connaissance des mécanismes, une participation aux consultations et une validation sous forme d'un mémoire clinique autour d'un cas. En revanche, la nécessité de l'assiduité à la formation clinique nous a contraints à réserver ce module optionnel à un petit nombre d'étudiants volontaires, compte tenu du nombre réduit de vacances.

Il a été particulièrement révélateur de constater que les écarts sont réellement significatifs pour les étudiants ayant reçu l'enseignement intégré, multidisciplinaire et basé sur la lecture scientifique par rapport aux autres étudiants de T1 de la même UFR avec les mêmes enseignants



et les mêmes structures n'ayant pas reçu la formation spécifique. Ceci met donc en évidence l'efficacité d'un enseignement intégré, multidisciplinaire et basé sur une culture scientifique. Suite à cette évaluation, nous avons donc mis en place en 2007 un tel enseignement pour l'ensemble des étudiants de D3. Dans un module unique, les étudiants reçoivent un enseignement par différents spécialistes de la douleur : physiologistes, pharmacologues, psychologues, cliniciens de la sphère orofaciale incluant les techniques d'évaluation et de soins envers des populations spécifiques (pédiatrie, gériatrie, handicapés). Malheureusement, les moyens d'encadrement ne nous permettent pas d'élargir cette formation théorique à une pratique clinique systématique.

Cette hiérarchisation de la formation repose sur une stratégie de santé publique dans la prise en

charge de la douleur. L'objectif est que tous les futurs diplômés sachent reconnaître l'existence d'une douleur chronique afin de savoir orienter convenablement le malade et limiter l'errance thérapeutique et ne pas la confondre avec une douleur aiguë, ce qui risque de conduire à des pratiques iatrogènes.

Le module clinique optionnel sera la base de la formation qui devra être complétée par des formations spécialisées pluridisciplinaires (DU) et une formation par la recherche pour les quelques spécialistes de la douleur orofaciale qui seront destinés à exercer dans des structures hospitalières de prise en charge de la douleur chronique rebelle.

Ce type de programme pluridisciplinaire et intégré pourrait être de nature à optimiser l'enseignement de la douleur dans les facultés de chirurgie dentaire.

## Hiérarchisation de la prise en charge

La prise en charge des douloureux chroniques est fonction du niveau de compétence et suppose une organisation particulière de la pratique : consultations souvent longues et répétées, traitement prioritairement médical et réadaptatif. Ceci est souvent peu compatible avec l'organisation d'un cabinet libéral et l'absence d'une nomenclature des actes. Il convient donc de hiérarchiser la prise en charge.

### Consultation primaire du généraliste (omnipraticien)

Elle consiste à reconnaître l'existence d'une douleur chronique et à ne pas la confondre avec une douleur aiguë ou persistante qui relève d'un traitement curatif purement odon-

tologique et stomatologique, à conseiller le patient et à l'orienter convenablement.

### Consultation secondaire du spécialiste

L'omnipraticien pourra adresser le malade à un spécialiste de la sphère orofaciale (médecine buccale, orthodontie, occlusodontie...) ou médecin (neurologue, rhumatologue, cancérologue, psychiatre...). L'envoi à un psychologue clinicien pour une prise en charge psycho-corporelle est souvent plus facilement admis. Dans tous les cas, il est plus facile d'adresser à un correspondant que l'on connaît et en première intention de prendre contact avec le médecin traitant du patient. Dans les douleurs musculo-

squelettiques, l'odontologiste peut prescrire une prise en charge kinésithérapique.

## Consultation tertiaire d'un expert

Lorsque les traitements de première intention sont restés sans effet, que les patients souffrent depuis longtemps malgré des prises en charge multiples, il convient de les adresser à une structure spécialisée. C'est une consultation de recours qui va compléter l'évaluation initiale par une évaluation pluridisciplinaire et définir un programme de traitement souvent pluriprofessionnel au sein de la structure en collaboration avec le praticien traitant.

Les critères de la prise en charge ont fait l'objet d'une recommandation [16]. Il existe dans quelques services d'odontologie des praticiens formés à la prise en charge des douleurs orofaciales chroniques rebelles qui travaillent en collaboration avec les structures médicales et certaines structures médicales qui se sont adjoint la collaboration d'un odontologiste. Une identification des structures spécialisées est en cours par la DGOS selon des critères réac-

tualisés (Instruction DGOS du 19 mai 2011) et quelques structures odontologiques pourraient être officialisées en tant que « consultations spécialisées » au sein de leurs services ou en collaboration avec des structures médicales.

En pratique, un odonto-stomatologiste peut adresser directement un patient après avoir envoyé un dossier complet. Un des obstacles à ces consultations reste le délai de rendez-vous, plus long dans les Centres que dans les consultations spécialisées.

\*  
\*\*

La prise en charge de la douleur et en particulier des douleurs chroniques orofaciales est devenue une nécessité incontournable et relève en première intention des spécialistes de cette région, chirurgiens dentistes et médecins stomatologistes.

Le rôle de l'omnipraticien reste fondamental dans le traitement initial et l'orientation éventuelle vers une structure spécialisée.

Prendre en compte la réalité de la douleur du malade et l'adresser dans de bonnes conditions, c'est déjà engager une démarche thérapeutique. ■

## Bibliographie

1. Brennan F, Carr DB, Cousins MJ.  
**Pain management: a fundamental human right.**  
Anesth Analg 2007;105(1):205-21.
2. Code de la santé publique.  
**Article L.1110-5 du code de la santé publique.**  
Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
3. Dallel R, Villanueva L, Woda A, Voisin D.  
**Neurobiologie de la douleur trigéminal.**  
Med Sci (Paris). 2003;19(5):567-74.
4. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D.  
**Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States.**  
J Am Dent Assoc 1993;124(10):115-21.
5. Dallel R.  
**Antalgiques.**  
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine buccale, 28-200-B-10, 2010.
6. Pionchon P.  
**Causes des douleurs induites, traitement,**

- prévention.**  
In : **Les douleurs induites.**  
Paris : Institut UPSA de la Douleur, 2005:123-132, (éd. 2011).
7. Haute Autorité de Santé. **Prévention et traitement de la douleur post opératoire en chirurgie buccale.** Recommandations pour la pratique clinique, HAS, nov. 2005.
  8. Merskey H, Bogduk N. **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions.** (2<sup>nd</sup> ed.). Seattle: IASP Press, 1994.
  9. Singer T, Seymour B, O'Doherty J, Kaube H, Dolan RJ, Frith CD. **Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain.** Science 2004;303(5661):1157-62.
  10. Woolf CJ. **What is this thing called pain?.** J Clin Invest 2010;120(11):3742-3744.
  11. Diatchenko L, Nackley AG, Slade GD, Fillingim RB, Maixner W. **Idiopathic pain disorders-pathways of vulnerability.** Pain 2006;123(3):226-30.
  12. Bodéré C., Pionchon P. **Fibromyalgie et douleurs orofaciales.** Inf Dent, 2006;88(40):2575-80.
  13. Fillingim RB, *et al.* **Summary of Findings from the OPPERA Baseline Case-Control Study: Implications and Future Directions.** J Pain 2011;12(11) (Suppl 3):T102-T107.
  14. Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle BJ. **Douleurs oro-faciales, des sciences fondamentales à la pratique clinique.** Quintessence Int 2004:197.
  15. Melin C. **État de la formation initiale sur la douleur dans les UFR de chirurgie dentaire en France.** Mémoire Master 1, sous la direction de P. Pionchon, Université d'Auvergne, 2007.
  16. Haute Autorité de Santé. **Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient.** Recommandations pour la pratique clinique, HAS, 2008.

## SUMMARY

# The orofacial pain's management in France: towards an integrated approach

Paul PIONCHON,  
Céline MELIN

### Keywords

- orofacial pain
- public health
- management
- health care organization
- education

Pain is a public health concern and the main motive for health care research. Pain management is a legal, ethical and technical obligation. If acute pain is well managed by orofacial specialists, chronic pain treatment remains more difficult. In all situations, the practitioner's approach will consist in assessing the pain's mechanisms and he will assume the treatment or refer the patient to a pain specialist.

The optimization of pain management needs specialized pain unit organization, improvement of basic and clinical research and high quality in initial and continued education.