



Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur

2006 - 2010

3 mars 2006

PREFACE

Véritable enjeu de santé publique et critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, la lutte contre la douleur répond avant tout à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme. La douleur physique et la souffrance morale ressenties à tous les âges de la vie rendent plus vulnérables encore les personnes fragilisées par la maladie. Les douleurs chroniques rebelles sont source d'incapacités, de handicaps et d'altérations majeures de la qualité de vie. La lutte contre la douleur satisfait à une attente légitime de toute personne.

Reconnu comme un droit fondamental de toute personne par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, le soulagement de la douleur s'inscrit parmi les objectifs à atteindre pour les cinq prochaines années dans le rapport annexé à la loi relative à la santé publique du 9 août 2004.

La volonté du Gouvernement est de poursuivre et de renforcer la politique engagée depuis plus de 10 ans pour améliorer la prise en charge de la douleur. Tout doit être mis en œuvre pour apporter au malade l'information nécessaire afin qu'il ne subisse plus sa souffrance comme une fatalité. Il est également nécessaire de former les professionnels à une meilleure écoute du patient, ainsi qu'à une prise en charge tant psychologique que thérapeutique de la douleur du patient.

Aussi, le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 repose sur quatre axes :

- l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie) ;
- la formation renforcée des professionnels de santé ;
- une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques ;
- la structuration de la filière de soins.

La douleur, ressentie à tous les âges de la vie, est d'autant plus préjudiciable qu'elle touche souvent des personnes atteintes de maladies graves. Aussi, ce programme s'articule avec le plan Cancer. Cette approche de la douleur constitue également une priorité afin d'améliorer la qualité de vie de toutes celles et ceux qui souffrent d'une maladie chronique.

S'il est illusoire de penser que toute douleur peut être supprimée, les moyens de prévention de la douleur aiguë et d'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique doivent être mis en œuvre en toutes circonstances. L'engagement, la mobilisation et la coordination de l'ensemble des professionnels constitue l'élément majeur de la réussite de cette démarche d'amélioration de la qualité des soins, à laquelle je suis tout particulièrement attaché. Cette démarche illustre la nécessaire évolution des pratiques médicales du XXI^{ème} siècle afin de mieux répondre à cette exigence légitime de toute personne malade.

Xavier Bertrand

Ministre de la Santé et des Solidarités

SOMMAIRE

PRÉFACE	2
GLOSSAIRE	6
LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR	7
Un engagement fort des pouvoirs publics	7
De nombreuses actions menées	7
Mais des progrès restent à faire	8
Les priorités 2006-2010	9
PRIORITÉ 1 : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS DES POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES NOTAMMENT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS, DES PERSONNES POLYHANDICAPÉES, DES PERSONNES ÂGÉES ET EN FIN DE VIE	11
LES DOULEURS DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS	11
Contexte	11
Objectif 1 : Poursuivre l'amélioration de la prise en charge des douleurs aiguës	12
Mesure 1 : Lutter contre les freins qui limitent la prise en charge des douleurs.....	12
Mesure 2 : Développer des formes pédiatriques d'antalgiques.....	12
Objectif 2 : Mieux dépister et traiter les douleurs liées aux maladies chroniques des enfants et des adolescents	13
Mesure 3 : Mieux sensibiliser les enfants, les parents et les professionnels sur ces pathologies douloureuses.....	13
Mesure 4 : Faciliter l'accès des enfants douloureux aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle.....	14
LES DOULEURS DES PERSONNES ÂGÉES	15
Contexte	15
Objectif 3 : Améliorer le repérage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement de la douleur des personnes âgées	17
Mesure 5 : Développer la formation des professionnels de santé.....	17
Mesure 6 : Lutter contre les freins qui limitent la prise en charge de la douleur.....	18
Mesure 7 : Promouvoir la collaboration entre les différents acteurs de soins.....	19
Objectif 4 : Favoriser la qualité de vie des personnes âgées en diminuant le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne	19
Mesure 8 : Favoriser les techniques de soins non douloureuses.....	19

Mesure 9 : Informer et former les patients et les familles.....	20
Mesure 10 : Mieux prendre en compte la souffrance morale et psychique des personnes vulnérables	20
Mesure 11 : Mieux prendre en compte la souffrance des personnes atteintes de cancer.....	20
Objectif 5 : Mieux prendre en compte l'accompagnement de la fin de vie.	20
Mesure 12 : Former aux soins palliatifs les professionnels de santé des EHPAD	21
PRIORITÉ 2 : AMÉLIORER LA FORMATION PRATIQUE INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUR MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA DOULEUR DES PATIENTS	22
Contexte	22
Objectif 6 : Permettre la reconnaissance de la prise en charge de la douleur par les professionnels de santé.	23
Mesure 13 : Améliorer la formation des médecins	23
Mesure 14 : Améliorer la formation continue des médecins, odontologistes, pharmaciens et sage-femmes	23
Mesure 15 : Améliorer l'information et la formation des professionnels de santé non médicaux	24
PRIORITÉ 3 : AMÉLIORER LES MODALITÉS DE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ET D'UTILISATION DES MÉTHODES NON PHARMACOLOGIQUES POUR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ.	25
Contexte	25
Objectif 7 : Accompagner dans des conditions de sécurité et de qualité, le développement de la prise en charge médicamenteuse des douleurs	26
Mesure 16 : Améliorer les connaissances sur la consommation des médicaments.....	26
Mesure 17 : Simplifier et sécuriser l'accès aux antalgiques du palier 3.....	27
Mesure 18 : Faciliter l'utilisation, au domicile du patient, dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité, de certains médicaments et certaines techniques d'administration	27
Mesure 19 : Améliorer la prévention des douleurs induites par les actes de soins	28
Objectif 8 : Améliorer les connaissances sur les méthodes non médicamenteuses de prise en charge des douleurs	29
Mesure 20 : Développer la recherche sur les méthodes non pharmacologiques	29
PRIORITÉ 4 : STRUCTURER LA FILIÈRE DE SOINS DE LA DOULEUR, EN PARTICULIER POUR LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS CHRONIQUES REBELLES, PERMET DE RENDRE PLUS EFFICACE LE DISPOSITIF	30
Contexte	30
Objectif 9 : Accompagner et structurer le développement de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles	31

Mesure 21 : Actualiser les principes d'organisation de la lutte contre la douleur chronique rebelle	31
Mesure 22 : Faciliter l'accès aux structures de prises en charge de la douleur chronique rebelle	32
Objectif 10 : Promouvoir une démarche active et concertée de lutte contre la douleur	33
Mesure 23 : Partager les expériences sur les organisations et actions mises en place, notamment dans les régions	33
Mesure 24 : Renforcement de la prise en charge de la douleur dans les réseaux de santé	33
Mesure 25 : Suivre les mesures mises en place	34
ANNEXE.....	35

GLOSSAIRE

AFDS : Association française des directeurs de soins

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CISS : Collectif interassociatif sur la santé

CNCDD : Collège national des chirurgiens dentistes de la douleur

CNEUD : Collège national des enseignants universitaires de la douleur

CNMD : Collège national des médecins de la douleur

Compaqh : Coordination pour la mesure et l'amélioration de la qualité hospitalière

DGAS : Direction générale de l'action sociale

DGS : Direction générale de la santé

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

FNLCC : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

HAS : Haute autorité de santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

SFETD : Société française d'étude et de traitement de la douleur

SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie

SFP : Société française de pédiatrie

LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR

UN ENGAGEMENT FORT DES POUVOIRS PUBLICS

Depuis plus de 10 ans, la lutte contre la douleur constitue une priorité de santé publique et les mesures mises en place témoignent de la volonté des pouvoirs publics d'améliorer la prise en charge de la douleur.

Des recommandations sur la prise en charge de la douleur chronique ont été diffusées en 1994, puis, à partir de 1998, deux programmes nationaux d'actions ont successivement été mis en place (1998-2002 et 2002-2005).

En 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹ reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. En 2004, le rapport annexé au projet de loi relative à la santé publique² inscrit la lutte contre la douleur parmi les 100 objectifs de santé publique pour les cinq prochaines années.

Cet engagement dans des mesures de santé publique a amené la Commission européenne à confier au Ministère chargé de la santé français, en partenariat avec le Ministère de la santé portugais et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), la conduite d'une étude de faisabilité pour la mise en place d'une coordination européenne des politiques de recherche et de programmes de prise en charge de la douleur (projet Era-Pain)³. Dans le cadre de ce projet, l'extrême disparité entre les différents états européens et les avancées de la politique française tout particulièrement dans les domaines de la réglementation et des recommandations, de la sensibilisation des usagers, de la formation des professionnels et de la coopération entre les autorités de tutelle et les associations de professionnels de santé ont été mises en évidence.

DE NOMBREUSES ACTIONS MENEES

Dans le cadre de cette politique, de nombreuses actions ont été menées auprès des usagers et des professionnels de santé avec notamment depuis 2002, quatre programmes particuliers :

- L'amélioration de l'information des usagers avec la diffusion du « Contrat d'engagement contre la douleur » remis au patient hospitalisé qui constitue une brochure d'informations sur la prévention, le soulagement et le traitement de la douleur.
- Le renforcement de la prise en charge de la douleur chronique rebelle avec plus de 100 structures de prise en charge de la douleur chronique créées en 5 ans. Ces créations portent le nombre de structures à 200 (recensement 2006 en cours) contre 96 en 2000. Cette évolution a notamment été possible grâce au soutien financier, à hauteur de 2 millions d'euros, accordé dans le cadre du plan cancer de 2004 à 2005. Un « centre de la migraine de l'enfant », doté d'une activité de

¹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L. 1110-5 du code de la santé publique.

² Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

³ Era-Pain « Toward an integrated network for pain management research programmes in Europe ».

consultation, a été créé avec pour mission de développer l'information et la formation des professionnels et d'animer un réseau régional de correspondants.

- L'amélioration de la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé avec l'intégration d'une référence « douleur » dans la certification des établissements de santé, la diffusion du guide "Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé" qui propose une aide méthodologique et des orientations pour la mise en place d'une stratégie cohérente et concertée de lutte contre la douleur, l'élaboration d'indicateurs permettant d'évaluer la traçabilité de la douleur dans les établissements de santé dans le cadre du projet Compaqh (Coordination pour la mesure et l'amélioration de la qualité hospitalière). Le développement des soins de support a permis d'engager une réflexion sur une meilleure organisation et prise en charge des symptômes ainsi que des besoins somatiques, psychologiques, sociaux du malade tout au long de sa maladie.
- L'amélioration de l'information et de la formation des professionnels de santé avec la diffusion, en 2004, du mémento « la douleur en questions » qui réunit les connaissances pratiques nécessaires à une prise en charge au quotidien de la douleur, destiné aux professionnels de santé (médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes ...) hospitaliers et libéraux, et la création du « Centre national de ressources de la douleur » (CNRD) qui a une mission d'appui scientifique et technique en matière d'information, d'enquête et de recherche clinique dans le domaine de la douleur. Des recommandations sur la bonne utilisation des opioïdes chez le patient douloureux non cancéreux ont été publiées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) en 2004. La Haute autorité de santé (HAS) a diffusé des recommandations sur les céphalées chroniques⁴, la migraine⁵ et des recommandations sur la prévention de la douleur post-opératoire en chirurgie buccale et maxillo-faciale sont en cours d'achèvement. La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) a élaboré des standards options recommandations sur la douleur induite par les soins⁶ et l'évaluation de la douleur en cancérologie⁷.

MAIS DES PROGRES RESTENT A FAIRE

L'évaluation des mesures mises en œuvre ces quatre dernières années est en cours. Cette évaluation, disponible au second trimestre 2006, permettra de mieux apprécier la mise en œuvre et l'impact de la politique nationale sur la prise en charge de la douleur. Toutefois, quelques études montrent que des progrès restent à faire.

⁴ Céphalées chroniques quotidiennes : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge. ANAES. Octobre 2004.

⁵ Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant : aspect cliniques et économiques. ANAES. Octobre 2002.

⁶ Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines chez l'adulte atteint de cancer. FNCLCC. Janvier 2005.

⁷ Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer. FNCLCC. Septembre 2003
Standards, Options et Recommandations sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte. FNCLCC. Septembre 2002.

L'étude⁸ qui explore les réponses des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle aux besoins des patients et des professionnels de santé, souligne les difficultés rencontrées par ces structures en termes de ressources humaines, d'organisation, de locaux et de valorisation de l'activité, face à une demande croissante.

Le manque de données épidémiologiques concernant les différentes formes des douleurs chroniques (sauf pour la migraine qui est bien étudiée) est souligné dans le rapport annexé à la loi de santé publique.

L'enquête réalisée auprès des associations d'usagers⁹ classe la prise en charge de la douleur au premier rang des propositions d'actions à engager dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique.

Les enquêtes régionales menées dans le cadre des Etats généraux de la douleur de juin 2005¹⁰ montrent que des changements notables sont intervenus notamment en faveur de la réflexion menée au sein des établissements sur la thématique douleur et de l'information des usagers. Cependant, il existe une forte disparité de prise en charge selon les établissements de santé d'une même région. Ces enquêtes soulignent la nécessité, à l'échelon d'un établissement, de coordonner l'ensemble des acteurs, de développer la formation, la mise à disposition de professionnels référents et de protocoles de soins.

L'enquête ENEIS¹¹ montre que la prise en compte de la douleur peut être encore insuffisante dans certains cas. A ce titre, lorsque tout n'est pas mis en œuvre pour soulager la douleur, ceci est classé en évènement indésirable évitable.

LES PRIORITES 2006-2010

Dans le cadre du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, quatre priorités ont été définies :

1. Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie.
2. Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients.
3. Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.

⁸ Enquête relative aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - CEMKA-EVAL. 2004.

⁹ Attentes des patients porteurs de maladies chroniques. Pour le plan d'amélioration de la qualité de vie des maladies chroniques. Direction générale de la santé – Ecole de santé publique de Nancy – Décembre 2004.

¹⁰ Le livre blanc de la douleur. Synthèse des travaux réalisés par le comité d'organisation des Etats généraux de la douleur. Juin 2005.

¹¹ Enquête ENEIS : Evènements indésirables graves liés aux soins – CECCQA Aquitaine. 2005 – sous le pilotage de la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques.

4. Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles, pour rendre plus efficace le dispositif.

La douleur est d'autant plus préjudiciable qu'elle touche des personnes atteintes de maladies graves. Aussi, ce plan s'articule-t-il avec plusieurs plans de santé publique, dans lesquels la prise en considération de la douleur apparaît primordiale.

Il s'agit tout d'abord du plan cancer qui constitue une priorité nationale et dans lequel non seulement la douleur physique est abordée mais aussi la souffrance psychologique. Cette maladie dont la prévalence est en augmentation se caractérise tout au long de son évolution par la douleur. Il s'agit de douleurs induites par les actes diagnostics, les traitements, les soins répétés, mais également par la progression même de la maladie, les séquelles qu'elle entraîne, la fin de vie.

Est également concerné le plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, qui répond à une des premières préoccupations des malades qui est celle de soulager leurs douleurs. Le plan d'action des personnes atteintes de handicap complexe de grande dépendance et des personnes polyhandicapées, intègre la prise en charge de la douleur, pour mieux répondre aux besoins spécifiques trop souvent ignorés chez ces personnes.

Le coût total du plan est évalué à 26,74 millions d'euros sur la durée du plan.

Ce plan, piloté par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en lien avec la Direction générale de la santé (DGS), a été élaboré avec le concours de sociétés savantes, d'experts de la douleur, de représentants d'usagers, d'organismes et agences de santé (Cf. annexes).

Les modalités d'évaluation de ce plan seront définies dès 2006 avec la mise en place d'un comité de suivi, présidé par le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le Directeur général de la santé.

PRIORITE 1 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS DES POPULATIONS LES PLUS VULNERABLES NOTAMMENT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS, DES PERSONNES POLYHANDICAPEES, DES PERSONNES AGEES ET EN FIN DE VIE.

LES DOULEURS DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

CONTEXTE

Depuis 1998, l'amélioration de la prise en charge de la douleur de l'enfant s'inscrit parmi les priorités des programmes nationaux successivement mis en place. Dans le cadre de cette politique, différentes actions ont été mises en œuvre auprès des usagers et des professionnels de santé. Il s'agit principalement du renforcement de l'information des enfants et de leur famille, du soutien financier aux associations d'usagers œuvrant dans le domaine de la prise en charge de la douleur de l'enfant, du développement des moyens thérapeutiques, de l'amélioration de l'information et la formation des professionnels de santé, de la création d'un centre de la migraine de l'enfant, de la reconnaissance à part entière de la douleur dans le cadre de l'élaboration du volet « enfants et adolescents » des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de 3^{ème} génération¹² et de l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique¹³.

L'augmentation de l'utilisation d'un anesthésique local souligne l'amélioration de la prise en compte de la douleur de l'enfant pour les actes douloureux invasifs¹⁴. Pour autant, cette évolution ne reflète pas la qualité de la prise en charge. Elle doit être accompagnée d'une sensibilisation des professionnels pour améliorer leurs prescriptions d'autant qu'il existe une appréhension des médecins à la prescription des antalgiques de niveau 2 et 3 chez l'enfant et l'adolescent. Des efforts doivent être poursuivis pour ce qui concerne l'évaluation et la traçabilité systématique de l'intensité de la douleur, de sa prévention notamment lors d'actes douloureux (soins, actes invasifs diagnostics ou thérapeutiques et de radiologie) en renforçant la formation des professionnels médicaux et paramédicaux et uniformisant les pratiques tant dans le secteur hospitalier que libéral.

Le développement des formes pédiatriques d'antalgiques doit être soutenu. En effet, les conditionnements de certains antalgiques rendent leur usage difficile et sont source d'erreur. L'absence d'antalgique de niveau 2 et de certains médicaments de niveau 3 possédant une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les jeunes enfants ne permet pas toujours un traitement adapté. Une procédure dont le but est d'évaluer les médicaments possédant ou non une AMM et pour lesquels il existe des données pédiatriques est menée à l'échelon européen. Cette démarche vise à harmoniser les informations concernant ces produits.

La prise en compte (dépistage et traitement) de la douleur des maladies chroniques doit être développée. Ces maladies concernent le cancer avec 1800 nouveaux cas/an parmi lesquels 50 à 70 % vont souffrir, la migraine qui touche 10,6 % de la population de 5 à 15 ans¹⁵, la mucoviscidose (1/3500 naissances avec des douleurs chez 84% des patients), la drépanocytose (1/1100 naissances/an en Ile de France). Les douleurs

¹² Circulaire n°517 du 18 octobre 2004 DHOS/DGS/DGAS relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.

¹³ Circulaire n°161 du 29 mars 2004 DHOS/O relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique.

¹⁴ Le chiffre des ventes de cet anesthésique s'est élevé en 2004 à 24 millions d'euros contre 13,4 millions en 2000, soit un taux de croissance estimé à 117% sur 4 années.

¹⁵ Pediatric Migraine : Recognition and Treatment Hershey A, Winner P. JAOA 2005 vol 105 2-8.

ostéo-articulaires sont fréquentes chez l'adolescent de 11 à 14 ans (24 %) mais peu connues des parents et, de ce fait, banalisées. Ces dernières entraînent pourtant un handicap (94 %) et ont des répercussions sur l'état de santé : 84% des enfants ayant consulté avant 15 ans ont mal au dos 25 ans plus tard¹⁶. La prise en charge des douleurs liées à ces maladies est actuellement peu adaptée. Elle repose le plus souvent sur une prescription abusive de médicaments alors que des méthodes non pharmacologiques (entre autre, suivi psychologique, relaxation) sont efficaces. Le nombre de professionnels ayant bénéficié d'une formation pratique sur ces méthodes reste minime et les actes ne sont pas remboursés lorsqu'ils sont réalisés en dehors d'une structure hospitalière.

OBJECTIF 1 : POURSUIVRE L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS AIGUËS.

Mesure 1 : Lutter contre les freins qui limitent la prise en charge des douleurs

- **Réalisation d'une étude pour mieux connaître les freins à la prise en charge des douleurs des enfants et des adolescents** dans le secteur extra-hospitalier et définir des actions de recherche et d'amélioration. Cette enquête, en cours de finalisation, apprécie les connaissances des soignants, leurs pratiques et perception de la douleur des enfants et adolescents. Cette étude porte également sur les connaissances, la perception, la conduite de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage face à la douleur aiguë.

Opérateur : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Calendrier : Publication au début 2^{ème} trimestre 2006

Coût : 40 000 euros

- **Intégration la prise en charge de la douleur dans le projet de charte des droits des enfants hospitalisés.**

Opérateur : DHOS en lien avec les associations œuvrant dans le domaine de la prise en charge des enfants

Calendrier : septembre 2006

Coût : absence de surcoût

Mesure 2 : Développer des formes pédiatriques d'antalgiques

En effet, aujourd'hui, plus de 80 % des médicaments administrés à l'enfant sont des médicaments d'adultes, dont on ne connaît ni l'efficacité ni la sécurité chez l'enfant.

¹⁶ Harreby, M., et al., Are radiologic changes in the thoracic and lumbar spine of adolescents risk factors for low back pain in adults. A 25-year prospective cohort study of 640 school children. Spine, 1995. 20(21) : p.2298-302.

- **Recommandations pour le développement de médicaments adaptés à la lutte contre la douleur chez l'enfant**

Le ministre de la santé et des solidarités vient de confier au comité d'orientation pédiatrique de l'AFSSAPS, en liaison avec le futur comité pédiatrique européen¹⁷, la mission :

- de réaliser un état des lieux des besoins en médicaments et dispositifs nécessaires au traitement de la douleur adaptés à chaque tranche d'âge ;
- de produire des recommandations aux industriels pour le développement de médicaments destinés à lutter contre la douleur, adaptés en termes de composition, de présentation et de conditionnement (notamment en matière de sécurité), pour chaque tranche d'âge, et chaque pathologie ; des recommandations seront également proposées pour les dispositifs médicaux.
- et de proposer des incitations au développement de ces médicaments, en complément du cadre offert par le règlement européen.

- **Recommandations pour le bon usage des traitements de la douleur chez l'enfant**

Le ministre de la santé et des solidarités a saisi l'AFSSAPS et la HAS, afin d'établir, dans un délai de un an, des recommandations sur le bon usage des médicaments disponibles et sur les stratégies de traitement de la douleur chez l'enfant. Ces recommandations seront mises à jour chaque année en fonction de l'arrivée de nouveaux médicaments.

Opérateur : AFSSAPS et HAS

Calendrier : Saisines effectuées

Coût : absence de surcoût

OBJECTIF 2 : MIEUX DEPISTER ET TRAITER LES DOULEURS LIEES AUX MALADIES CHRONIQUES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS.

Mesure 3 : Mieux sensibiliser les enfants, les parents et les professionnels sur ces pathologies douloureuses

- Elaboration et diffusion de recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des douleurs liées aux maladies chroniques de l'enfant et de l'adolescent.

Opérateur : HAS (Haute Autorité de Santé)

Calendrier : Saisine de la HAS par le ministre de la santé et des solidarités afin d'élaborer les recommandations

Coût : Absence de surcoût

¹⁷ A l'initiative de la France et de la Commission européenne, le règlement pédiatrique obligera les laboratoires à étudier tout nouveau médicament chez l'enfant. Ce règlement va être soumis en seconde lecture au Parlement européen en 2006. Les laboratoires pharmaceutiques devront élaborer un plan d'investigation pédiatrique qui sera soumis à un comité d'experts, le comité pédiatrique. Si ce plan d'investigation pédiatrique est réalisé, les firmes obtiendront, en contrepartie de cet investissement, une prolongation du certificat complémentaire de protection de 6 mois pour ces produits.

- Dans le cadre d'un kit d'éducation à la santé distribué aux professionnels de santé (mesure 9), diffusion d'un fascicule destiné aux adolescents atteints de pathologies chroniques douloureuses. Ce fascicule vise à leur fournir des conseils pratiques pour améliorer leur qualité de vie (reconnaissance des symptômes, conduites à tenir devant une douleur, bonne utilisation des médicaments, méthodes pour une prise en charge non médicamenteuse...).

Opérateur : DGS, en lien avec les sociétés savantes, les professionnels et les usagers

Calendrier : programme 2007

Coût : inclus dans les 300 000 euros de la mesure n° 9 (Informer et former les patients et les familles)

Mesure 4 : Faciliter l'accès des enfants douloureux aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle

- Evaluation de l'organisation de la prise en charge des soins en cancérologie pédiatrique mis en place au niveau régional (existants ou prévus dans le cadre du volet « enfants et adolescents » des SROS de 3^{ème} génération).

Opérateur : DHOS en lien avec l'INCa

Calendrier : 2008-2010

Coût : Absence de surcoût

- Mise en place d'une consultation pluridisciplinaire de la douleur des enfants et adolescents, au sein des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle existantes.

Par département, sera financée dès 2006 la disponibilité d'une journée par semaine d'un médecin pédiatre formé à la prise en charge de la douleur.

La présence d'un psychologue ou d'un pédo-psychiatre sera favorisée par la collaboration avec les services concernés. Des recommandations sur les principes d'organisation de cette prise en charge seront élaborées dans une perspective de mise en commun des compétences et de gradation des soins notamment dans le cadre de prises en charge complexes des enfants polyhandicapés, des nourrissons, des douleurs chroniques sévères... (Cf. mesure 24).

Opérateur : DHOS en lien avec les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)

Calendrier : 2006 -2010

Coût : 700 000 euros par an.

LES DOULEURS DES PERSONNES AGEES

CONTEXTE

Epidémiologie de la douleur chez le sujet âgé : La prévalence de la douleur chez le sujet âgé est très élevée¹⁸. Alors que la douleur aiguë est souvent atypique ou absente chez les personnes âgées¹⁹, la prévalence de la douleur chronique est de 25 à 50 % chez les personnes âgées vivant à domicile et de 50% à 93% pour celles vivant en institution²⁰. La prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge surtout autour de 65 ans, la douleur sévère augmentant de plus de 10% entre 65 et 95 ans²¹. La douleur chronique est essentiellement d'origine musculo-squelettique ou cancéreuse mais l'âge est aussi un facteur de risque pour le développement de certaines douleurs neuropathiques²² (diabète, post-zona...). La particularité de la douleur chez le sujet âgé est que la douleur physique est associée à une souffrance morale et qu'elle peut s'exprimer parfois de façon atypique : anorexie, confusion, mutisme, ce qui rend le diagnostic difficile. Les conséquences de ces douleurs, surtout quand elles sont durables, sont importantes : anxiété, dépression, régression, isolement social²³, troubles du sommeil²⁴ et de l'appétit, troubles de la marche, chutes, perte d'autonomie, tous signes qui concourent à une altération des liens sociaux²⁵. La douleur est très vite responsable, chez la personne âgée, d'une limitation fonctionnelle et d'un handicap et ce d'autant plus qu'il existe une polypathologie, une polymédication ou un isolement socio-familial associés. En raison du vieillissement de la population et de la prévalence du cancer dans cette population, la douleur liée à cette maladie constitue une priorité majeure.

Facteurs limitant la prise en charge de cette douleur : La peur de "déranger", la peur du diagnostic, des investigations complémentaires, du traitement peuvent rendre plus difficile l'expression de cette douleur par le patient. De même certaines pathologies avec des troubles sensoriels, de la mémoire, du langage, des fonctions intellectuelles peuvent empêcher l'expression verbale de la douleur. Un certain fatalisme peut alors amener à l'équation suivante : âge = douleurs. Pour les professionnels de santé, l'action n'est pas systématiquement synonyme d'efficacité et la crainte de l'acharnement thérapeutique peut se manifester par l'absence d'utilisation de certaines techniques thérapeutiques.

A l'hôpital, même si des progrès importants ont été réalisés dans l'information du patient concernant la douleur et son traitement, l'évaluation de la douleur, le traitement et le suivi ne sont pas encore suffisamment réalisés. Faute d'attention spécifique, le problème est encore trop souvent sous-évalué et insuffisamment traité²⁶. Les instances

¹⁸ Farrell et al., 1996 ; Gagliese et Melzack, 1997

¹⁹ Gibson et Helme, 2001

²⁰ Pickering et al., 2001a, 2005

²¹ Jakobsson et al., 2003

²² Jung et al., 2004).

²³ Peat et al., 2004

²⁴ Foley et al., 2004

²⁵ Peat et al., 2004

²⁶ Colloque « Douleur et personnes âgées », direction générale de la santé, société française de gériatrie gérontologie, mars 2005

de lutte contre la douleur (« CLUD »), les consultations douleur ne disposent pas encore d'outils cliniques ou de formation spécifiques pour les personnes âgées ou les personnes handicapées. La collaboration des équipes de ces consultations avec celles des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), des équipes mobiles de soins palliatifs, des équipes de gériatrie est primordiale et encore insuffisante.

A domicile, la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées concerne en premier lieu la médecine libérale²⁷. Les patients âgés à domicile sont encore insuffisamment soulagés²⁸. Parmi les patients âgés souffrant de douleurs, 35% seulement seraient très bien soulagés et 23% ne le seraient pas du tout. Dans 40% des cas, la douleur ne serait pas détectée par le médecin traitant. La relation entre les professionnels de santé de ville et de l'hôpital est souvent incorrecte²⁹ car mal organisée. La prise en charge de la douleur représente une forte consommation de soins³⁰. La prise en charge de la douleur chronique est souvent complexe dans un contexte de co-morbidités, de difficultés d'ordre psycho-comportementales et sociales, de fréquentes incompatibilités entre objectifs du traitement, moyens médicamenteux et effets secondaires. Cette complexité est ressentie par les professionnels comme étant la principale difficulté.

Evaluation et repérage de cette douleur : Au grand âge, s'il existe des échelles d'hétéro évaluation pour mesurer la douleur chez les personnes ne pouvant s'exprimer, il manque encore les outils de repérage et d'auto évaluation de la douleur adaptés à la fois aux personnes âgées ou handicapées et aux professionnels de santé de proximité.

Etat des connaissances sur les traitements : Les médicaments antalgiques sont les mêmes que ceux utilisés chez l'adulte, alors que la douleur de la personne âgée s'avère volontiers plus complexe du fait de la polyopathie. La particularité de ce traitement antalgique tient essentiellement aux précautions d'emploi, liées aux modifications physiologiques, à la co-morbidité et aux interactions médicamenteuses possibles chez les personnes âgées ou handicapées. Il ne faut pas que la crainte du surdosage et des effets indésirables ne conduise à une frilosité encore trop souvent constatée vis-à-vis de l'utilisation de certains médicaments.

Une absence de validation des méthodes non pharmacologiques : De nombreuses techniques sont utilisées : soutien psychologique, relaxation, sophrologie, hypnose, physiothérapie, parafangothérapie, photothérapie, relaxation, électro-stimulation transcutanée (TENS), mais la plupart de ces traitements restent encore peu utilisés chez la personne âgée ou la personne handicapée car peu étudiés de façon spécifique. La prévention de la douleur induite dans les actes de soins ou de la vie quotidienne tels que la toilette est également essentielle.

Etat de la recherche : Les recherches sur la douleur au cours du vieillissement sont activement menées par plusieurs équipes au niveau international dont 26 équipes de recherche françaises (CNRS, INSERM, INRA, CHU...) travaillant en réseau. Les thèmes de recherche concernent le plus souvent des aspects fondamentaux ou pharmacologiques. L'évolution de la douleur avec l'âge, la douleur chez le sujet âgé

²⁷ Aguzzoli F, Le Fur P, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. CREDES 1994, 1008 : 66

²⁸ Lothon-Derliac C., Laurent-Becq A., Marec P. Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. 2001, SFSP

²⁹ Bême D. De l'intérêt d'un protocole commun de l'hôpital à la ville. 2003, conférence presse MEDEC

³⁰ URMIF, enquête sur les difficultés de prise en charge des personnes en perte d'autonomie en Île de France – 2003

souffrant de troubles cognitifs ou de démence sont en cours d'étude. Les outils cliniques d'évaluation de la douleur et leur adaptation au sujet âgé et au sujet âgé non communiquant de même que la validation des stratégies non médicamenteuses sont à développer. La promotion de la recherche sur la douleur en onco-gériatrie constitue une priorité de l'institut national du cancer.

OBJECTIF 3 : AMELIORER LE REPERAGE, L'EVALUATION, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR DES PERSONNES AGEES.

Mesure 5 : Développer la formation des professionnels de santé

- Création d'outils de diagnostic pour la médecine de ville. L'Union régionale des médecins libéraux (URML) Ile de France a réalisé en 2002 une étude sur « La prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Ile de France ». L'étude a mis en évidence une difficulté de repérage, de diagnostic, et de prise en charge chez les personnes âgées atteints de polypathologies, et identifié un impact sur leur qualité de vie.

Un groupe de travail a pour mission de définir les outils de diagnostic utilisables en pratique de ville et les promouvoir.

Opérateurs : DGS, URML Ile de France et Sociétés savantes

Calendrier : 2^{ème} semestre 2006

Coût : 20 000 euros

- Réalisation d'une synthèse des connaissances et un état des lieux sur la prise en charge de la douleur des personnes âgées. Un colloque national a été organisé par la DGS en 2005 au Ministère de la santé, en partenariat avec la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG), en lien avec la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD). Ce colloque a permis de faire le point sur l'état des connaissances, de la recherche, de la prise en charge de la douleur des personnes âgées à l'hôpital, à domicile, et en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les actes du colloque, disponibles sur le site du ministère ([www. sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)) seront diffusés aux professionnels et publiés dans des revues scientifiques.

Opérateurs : DGS, la SFGG en lien avec la SFETD

Calendrier : 1^{er} semestre 2006

Coût : 25 000 euros

- Diffusion d'outils cliniques d'évaluation de la douleur adaptés aux personnes âgées. La SFGG, en lien avec la SFETD, a été chargée de réaliser un état des connaissances, de créer et de diffuser des outils et des grilles d'évaluation de la douleur adaptés spécifiquement à la personne âgée ou très âgée. Cet outil sera intégré dans les outils de formation, et diffusé dans les revues professionnelles.

Opérateurs : DGS, SFGG et SFETD

Calendrier : diffusion en 2006

Coût : 50 000 euros

- Réalisation et diffusion d'un outil de formation. La SFGG en partenariat avec la SFETD est chargée par la DGS de réaliser un outil regroupant l'ensemble des connaissances nécessaires à la prise en charge de la douleur des personnes âgées. A partir de cet outil, seront organisées des formations destinées aux membres des comités de lutte contre la douleur (CLUD), aux professionnels des consultations douleur. **Cette formation comprendra 8 sessions inter-régionales**. Il s'agit d'une formation de perfectionnement où l'échange des savoirs et des pratiques se fera sur la base de l'expérience déjà acquise et sur la promotion des nouveaux outils adaptés à la personne âgée. Les CLUD seront ensuite chargées de sa diffusion auprès des professionnels de soins (équipes gériatriques, service de soins à domicile, service d'accueil et d'urgence, unités et consultations de lutte contre la douleur, organismes de formation).

Opérateurs : DGS, SFGG et SFETD

Calendrier : Tout au long de l'année 2006

Coût : 1 million d'euros

- Intégration de formations « douleur et personnes âgées » et « douleur et personnes handicapées » dans le programme de l'association nationale de la formation hospitalière (ANFH), à l'attention des professionnels paramédicaux.

Opérateur : ANFH

Calendrier : Circulaire 2006 pour les axes prioritaires de formation 2007

Coût : Absence de surcoût

- Réalisation d'une version révisée du guide « Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Cette deuxième version insistera sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur des personnes âgées hébergées en EHPAD pour aider l'ensemble des professionnels à développer une prise en charge globale axée sur la prévention de la dépendance et l'amélioration de la qualité de vie de la personne âgée.

Opérateurs : DGS, Direction générale de l'action sociale (DGAS), SFGG et SFETD

Calendrier : 2^{ème} semestre 2006

Coût : 30 000 euros

Mesure 6 : Lutter contre les freins qui limitent la prise en charge de la douleur

- Réalisation d'une étude pour connaître les freins à la prise en charge des douleurs des personnes âgées à domicile. Cette enquête apprécie les connaissances des soignants, leurs pratiques et perception de la douleur de la personne âgée qu'il s'agisse de douleurs chroniques ou induites par les actes de soins ou de la vie quotidienne. Cette étude porte également sur les connaissances, la perception, la conduite (recours, automédication) de la

personne âgée face à la douleur ainsi que son retentissement sur sa vie quotidienne.

Opérateur : DREES en lien avec la DGS

Calendrier : Publication au début du 2^{ème} trimestre 2006

Coût : 40 000 euros

- **Création d'un module d'aide à la prescription médicamenteuse**, pour les personnes âgées, interfaçable avec les logiciels de prescription des professionnels de santé. Il permettra de tenir compte des principales caractéristiques physiologiques de la personne âgée, des données disponibles sur l'efficacité et la tolérance de chacun des médicaments en gériatrie et des interactions médicamenteuses possibles afin de mieux évaluer le rapport bénéfice/risque de la prescription.

Opérateurs : AFSSAPS, Pr Joël Belmin (gériatre à l' Hôpital Charles Foix), et Sociétés savantes

Calendrier : 2006

Coût: 20 000 euros

Mesure 7 : Promouvoir la collaboration entre les différents acteurs de soins

- Les conventions tripartites signées entre les EHPAD, l'Etat et le Conseil Général, devront désormais contenir obligatoirement un chapitre consacré spécifiquement à la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. Par ailleurs, les EHPAD élaborent des conventions de partenariat avec les centres hospitaliers de leur territoire de santé. Dans ce cadre, les coopérations entre les CLUD, les équipes des consultations de la douleur et les équipes des EHPAD devront être formalisées, ainsi que la participation des professionnels libéraux.

Calendrier : Publication d'un décret le 7 février 2006

Coût : absence de surcoût

OBJECTIF 4 : FAVORISER LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES AGEES EN DIMINUANT LE RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR LA VIE QUOTIDIENNE.

Mesure 8 : Favoriser les techniques de soins non douloureuses

- Formation aux techniques de soins évitant de provoquer des douleurs. Une « formation action » sera organisée dans les EHPAD et les Services de soins à domicile sur la « **bientraitance** » des personnes âgées et personnes handicapées. Cette formation d'une journée, prenant comme sujet symbolique « la toilette », a pour objectif de promouvoir chez les professionnels de soin, les attitudes **respectant l'individu** et n'induisant pas de douleur ou de désagréments.

Opérateurs : DGS et Sociétés savantes

Calendrier : septembre 2006

Coût : 300 000 euros

Mesure 9 : Informer et former les patients et les familles

- Création d'un kit d'éducation à la santé distribué aux professionnels de santé. Ce module définira les différentes actions à mener par les professionnels de santé afin de permettre aux personnes souffrant de pathologies chroniques douloureuses d'améliorer leur qualité de vie (reconnaissance des symptômes, conduites à tenir devant une douleur, bonne utilisation des médicaments, méthodes pour une prise en charge non médicamenteuse...).

Opérateurs : DGS, en lien avec les sociétés savantes, les professionnels, et les usagers

Calendrier : programme 2007

Coût : 300 000 euros

Mesure 10 : Mieux prendre en compte la souffrance morale et psychique des personnes vulnérables

- Prise en charge de la dépression chez les personnes âgées ou dépendantes. Un outil de repérage et d'aide à la décision thérapeutique pharmacologique et non pharmacologique sera réalisé pour favoriser le dépistage de la dépression chez les personnes âgées et personnes handicapées. Cet outil sera élaboré en collaboration avec la SFGG et la société française de psychiatrie (SFP) permettra de mieux prendre en charge la souffrance morale des patients vulnérables et d'accompagner les familles.

Opérateurs : DGS, DGAS, SFGG, SFP et Sociétés savantes

Calendrier : 2006

Coût : 100 000 euros

Mesure 11 : Mieux prendre en compte la souffrance des personnes atteintes de cancer

- En lien avec le plan cancer, les recherches sur les modes de prise en charge de la douleur dans le cadre de l'onco-gériatrie seront favorisées.

Opérateurs : DGS, DHOS, INCa et Sociétés savantes

Calendrier : 2006

Coût : 300 000 euros

OBJECTIF 5 : MIEUX PRENDRE EN COMPTE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE.

Dans le cadre des soins palliatifs, la problématique de la douleur est centrale et s'intègre plus largement dans celle de la qualité de vie. « On ne peut pas envisager un dialogue serein avec quelqu'un qui souffre. Il faut donc au préalable traiter la question de la douleur, avant d'aborder celle de l'accompagnement d'un patient qui est au terme

de sa vie ». (Dr Lucien Neuwirth – sénateur). Le soulagement de la douleur, physique ou morale, implique de tenir compte de la personnalité du patient, de son histoire et de son environnement. C'est dans cet esprit qu'a été élaborée la loi relative aux droits des malades et de la fin de vie du 22 avril 2005 en insistant sur l'utilisation de traitements anti-douleur efficaces qui peuvent être administrés au malade même « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable ».

Mesure 12 : Former aux soins palliatifs les professionnels de santé des EHPAD

- Mise en œuvre de formation-action sur « la sensibilisation des personnels soignants à la **démarche palliative et d'accompagnement de fin de vie** des personnes âgées en EHPAD » afin d'améliorer les pratiques professionnelles. La DGS a confié à la SFGG en collaboration avec la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) l'élaboration des contenus de formation et la mise en œuvre du projet.

Opérateurs : DGS, SFGG, SFAP et collectivités territoriales

Calendrier : 2006-2009

Coût : 500 000 euros

Coût total de la Priorité n°1 : 3 425 000 euros
--

PRIORITE 2 : AMELIORER LA FORMATION PRATIQUE INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE POUR MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA DOULEUR DES PATIENTS

CONTEXTE

La formation initiale des médecins a été renforcée avec l'introduction d'un module obligatoire relatif à lutte contre la douleur et aux soins palliatifs dans le programme du 2ème cycle des études médicales. La mise en place et le volume horaire de ce module restent inégaux d'une faculté à l'autre. L'enseignement concernant la douleur des personnes âgées, handicapées et non communicantes n'y est pas systématiquement traité. La voie universitaire par la création d'un diplôme spécialisé d'études complémentaires est incontournable pour permettre la reconnaissance de la prise en charge de la douleur par les professionnels de santé.

Dans le cadre de la formation continue des médecins généralistes, l'enseignement concerne essentiellement la douleur en traumatologie ou les soins palliatifs à domicile et les situations en fin de vie. Il n'y a pas de thème sur la douleur chronique rebelle.

Les professionnels de santé paramédicaux sont bien souvent les premiers acteurs de la prise en charge de la douleur. Le module « Douleur » des études d'infirmiers est variable selon les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). L'harmonisation des contenus pédagogiques et des volumes horaires ainsi qu'une sensibilisation à la dimension psychologique de la douleur des personnels non médicaux sont souhaitables. Les autres professionnels (exemple : aide ménagère, aide médico-psychologiques...) sont encore insuffisamment sensibilisés.

Les formations universitaires portant sur la prise en charge de la douleur s'adressent aux professionnels de santé qui, dans le cadre d'un projet professionnel, souhaitent compléter et maîtriser les divers aspects de la prise en charge de la douleur. L'université propose plusieurs types de formation dans le domaine de la prise en charge de la douleur : les diplômes universitaires (DU) et inter-universitaires (DIU) ouverts aux professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que les capacités. Les DIU existent dans 22 universités. Cette démarche, menée sous l'égide du CNEUD, a pour objectif d'harmoniser ces formations dans leurs contenus, durée, validation et d'y inclure un enseignement pratique.

Les Capacités d'évaluation et de traitement de la douleur comportent un enseignement théorique et pratique de 180 heures dispensé sur une période de 2 ans. Ce cursus est ouvert aux médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes.

OBJECTIF 6 : PERMETTRE LA RECONNAISSANCE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE.

Mesure 13 : Améliorer la formation des médecins

- Création d'un DESC « soins palliatifs et douleurs » afin :
 - d'organiser l'amélioration de la formation initiale médicale via notamment la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de type I avec un tronc commun soins palliatifs et douleur qui recueille l'avis favorable de la conférence des doyens des facultés de médecine ;
- Mise en place un DIU national qui permettra d'acquérir une compétence universitaire reconnue dans la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs venant ainsi compléter la filière de formation ;
- Renforcement des programmes de formation sur la prise en charge de la douleur et notamment des douleurs chroniques dites rebelles dans le Diplôme d'étude spécialisée (DES) de médecine générale.

Opérateurs : DGS, DHOS, Education nationale, Conférence des doyens d'université et Sociétés savantes

Calendrier : 2006-2007

Coût : absence de surcoût

Mesure 14 : Améliorer la formation continue des médecins, odontologistes, pharmaciens et sage-femmes

- Intégration dans les thèmes prioritaires de la formation continue médicale et odontologique obligatoire de la douleur et des soins palliatifs.
Opérateurs : DGS, Collèges de la formation médicale continue, Education nationale, Conférence des doyens d'université et Sociétés savantes.
Calendrier : 2006-2007
Coût : absence de surcoût
- Intégration dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), de la thématique douleur et soins palliatifs.

Opérateurs : DGS, HAS et Sociétés savantes

Calendrier : 2006-2007

Coût : absence de surcoût

Mesure 15 : Améliorer l'information et la formation des professionnels de santé non médicaux

- Réédition et diffusion du guide « la douleur en questions », accessible notamment sur le site du ministère (www.sante.gouv.fr, rubrique « douleur »).

Opérateurs : DGS et SFETD

Calendrier : 2006 - 2007

Coût : 55 000 euros

- Intégration de la thématique douleur dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des professionnels non-médicaux lorsque les dispositions réglementaires seront prises.

Opérateurs : DGS et HAS

Calendrier : 2006-2007

Coût : absence de surcoût

Coût total de la Priorité n°2 : 55 000 euros

PRIORITE 3 : AMELIORER LES MODALITES DE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ET D'UTILISATION DES METHODES NON PHARMACOLOGIQUES POUR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE.

CONTEXTE

La prise en charge médicamenteuse des douleurs

L'utilisation des antalgiques progresse et la France a rattrapé son retard dans ce domaine. Les antalgiques sont les médicaments les plus prescrits, progressant de + 7 à 10% pour certains d'entre eux, contre 1,8% pour l'ensemble des produits prescrits³¹. L'augmentation des ventes d'antalgiques de niveau 2 et 3 constatée depuis 1996³² se confirme. Cette évolution peut être considérée comme un des indicateurs de la prise en compte de la douleur notamment par les médecins. Pour autant, elle ne reflète pas la qualité de la prise en charge de la douleur.

Cette progression en faveur de la prescription d'antalgique nécessite d'être poursuivie notamment dans le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire et de techniques nouvelles (cathéters péri-nerveux), lors d'actes de soins (pansements, kinésithérapie), d'actes invasifs (endoscopies, biopsies, ponctions répétées comme celles des fistules artérioveineuses d'hémodialyse), de soins bucco-dentaires en particulier chez des populations vulnérables (personnes âgées, handicapées ...). Les patients, dont les douleurs résistent aux traitements morphiniques habituels, doivent pouvoir bénéficier, à leur domicile, d'un soulagement optimal dans des conditions de sécurité. Le parc de pompes d'auto-analgésie contrôlée (PCA) progresse. Il est estimé en 2004 à 11 429 PCA³³. Cependant, l'acquisition de ce type de matériel ne constitue pas à elle seule un indicateur de qualité des soins. Elle doit s'accompagner du développement et de la mise en œuvre effective de protocoles de prise en charge de la douleur pour apporter une réponse rapide et adaptée aux douleurs des patients. Ces protocoles³⁴ sont encore rarement mis en place : moins d'un tiers des unités a élaboré des protocoles de prévention pour les gestes et actes douloureux³⁵. Le décret relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier³⁶, ne mentionne pas certaines techniques d'administration comme pouvant être réalisées par l'infirmier. Ceci constitue un frein à l'utilisation de gaz antalgique, tel que le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote, dont l'efficacité est reconnue.

Le développement de l'utilisation des médicaments dans la prise en charge de la douleur doit être accompagné d'une sensibilisation des professionnels pour améliorer

³¹ Les médicaments remboursés par le régime général d'assurance maladie au cours des années 2001 et 2002. CNAMTS/MEDIC'assurance maladie. Juillet 2003

³² Lothon Demerliac C, Laurent-Beq A, Marec P. Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. Société française de santé publique. Rapport réalisé à la demande de la Direction Générale de la Santé 2002.

³³ Les Pompes d'auto-analgésie contrôlée – Bilan 1996/2004 – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Bureau E2 – Avril 2005.

³⁴ Circulaire DGS/DH/DAS n° 99 /84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

³⁵ La prise en charge de la douleur dans les établissements de santé – Enquête auprès de 170 établissements de santé - Les états généraux de la douleur – CCECQA – 2004.

³⁶ Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

la qualité de leurs prescriptions, développer les bonnes pratiques et renforcer leur vigilance, notamment sur les accidents liés à des prescriptions inadéquates. Dans cette perspective, l'AFSSAPS a diffusé en juillet 2004, une mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses³⁷. Le mémento « La douleur en questions »³⁸ réunit les connaissances pratiques nécessaires à une prise en charge au quotidien de la douleur. L'accès à ces informations indépendantes doit être facilité notamment pour les médecins libéraux.

Les méthodes non pharmacologiques de prise en charge

Le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur existent. Les professionnels et les usagers les reconnaissent comme efficaces. Il s'agit de traitements réalisés par des professionnels de santé qualifiés : traitements physiques (massages, kinésithérapie, physiothérapie [cryothérapie, électro-stimulation transcutanée : TENS], balnéothérapie, éducation posturale et gestuelle), méthodes psycho-corporelles ou comportementales (hypnose, relaxation, sophrologie).

OBJECTIF 7 : ACCOMPAGNER DANS DES CONDITIONS DE SECURITE ET DE QUALITE, LE DEVELOPPEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES DOULEURS

Mesure 16 : Améliorer les connaissances sur la consommation des médicaments

- Réalisation d'une étude sur l'évolution nationale de la consommation des médicaments de la douleur en comparaison avec les autres pays européens. Cette étude permettra de mieux repérer et suivre les éventuelles variations de consommation des antalgiques. Selon les résultats obtenus, une étude complémentaire permettra d'identifier les mésusages afin d'adapter la communication sur leur utilisation.

Opérateur : DREES en lien avec la DHOS

Calendrier : 2006

Coût : absence de surcoût

- Suivi annuel de la consommation, dans les établissements de santé, des médicaments prescrits dans le cadre de la prise en charge de la douleur. Actuellement aucune donnée concernant cette consommation n'est disponible. Le suivi de ces données et la détermination de médicaments traceurs permettront de mieux apprécier les pratiques d'analgésie.

Opérateur : DREES en lien avec la DHOS

Calendrier : généralisation fin 2006

Coût : absence de surcoût

³⁷ Document disponible sur le Site Internet de l'AFSSAPS.

³⁸ Document élaboré par la direction générale de la santé en partenariat avec la Société française d'évaluation et de traitement de la douleur disponible sur le site Internet du ministère

Mesure 17 : Simplifier et sécuriser l'accès aux antalgiques du palier 3

- La réglementation³⁹ sera modifiée afin de renforcer la sécurisation de la prescription et de simplifier les procédures.

Opérateur : DHOS et DGS

Calendrier : 4^{ème} trimestre 2006

Coût : absence de surcoût

- Réalisation et diffusion d'un mémento concernant les antalgiques de palier 3 pour aider les professionnels de santé hospitaliers et libéraux (médecins, pharmaciens, odontologistes, soignants) dans la prescription, la titration, l'administration, le suivi et l'évaluation de la prescription de ces médicaments.

Opérateurs : AFSSAPS et DHOS en lien avec les Sociétés savantes, Collèges de la douleur, Syndicats de pharmaciens, Association française des directeurs de soins (AFDS) et les professionnels

Calendrier : 2007

Coût : 40 000 euros

Mesure 18 : Faciliter l'utilisation, au domicile du patient, dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité, de certains médicaments et certaines techniques d'administration

- Définir les critères d'éligibilité des patients pouvant bénéficier, à leur domicile, de traitements antalgiques réalisés notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire et de la prise en charge de la douleur chronique rebelle (principalement injection d'anesthésiques locaux à l'aide de cathéter péri-nerveux) et déterminer les conditions de leur utilisation à domicile.

Opérateur : HAS

Calendrier : saisine dans le programme de travail 2007 de la HAS

Coût : absence de surcoût

- Favoriser l'accès à certains médicaments utilisés hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), au domicile du patient, dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et en fin de vie, en définissant les conditions d'utilisation et les modalités de prescription de ces traitements, ainsi que la nécessaire formation des personnels concernés, notamment dans les centres de soins infirmiers.

Opérateurs : DGS, AFSSAPS, DHOS et INCa en lien avec les sociétés savantes et les collèges de la douleur

Calendrier : en cours

³⁹ Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé

Coût : absence de surcoût

Mesure 19 : Améliorer la prévention des douleurs induites par les actes de soins

- Elaboration et diffusion de recommandations de bonnes pratiques sur l'utilisation des sédations en odontologie ambulatoire et sur la prise en charge des douleurs induites par les actes médicaux.

Opérateur : HAS

Calendrier : saisine de la HAS

Coût : absence de surcoût

- Elaboration et diffusion d'outils sur la prévention de la douleur lors d'actes de soins douloureux. Ces outils pratiques seront élaborés au regard des recommandations élaborées par la HAS sur ce thème (*point ci-dessus*).

Opérateurs : Sociétés savantes concernées, Collèges de la douleur, INCa, CISS en lien avec le Centre national de ressources de la douleur. Diffusion au travers de formations réalisées en lien avec des associations notamment « Hôpital 2000 : vaincre la douleur ».

Calendrier : à parution des recommandations de la HAS sur ce thème

Coût : absence de surcoût

- Identification des pratiques d'analgésie lors d'endoscopies. Cette étude permettra de mieux connaître les pratiques, d'évaluer les éventuels freins à la prévention et la prise en charge de la douleur. Cette étude permettra de proposer des mesures organisationnelles, notamment sur la base des recommandations en cours d'élaboration par la HAS sur la sédation-analgésie réalisée par des non-anesthésistes.

Opérateur : DHOS

Calendrier : 2007

Coût : 40 000 €

- Elaboration et diffusion d'un document pédagogique sur les protocoles infirmiers de prise en charge de la douleur à l'usage des professionnels de santé du secteur hospitalier et libéral (regard juridique, méthodologie d'élaboration, mise en œuvre...).

Opérateurs : pour l'élaboration DHOS en lien avec les Sociétés savantes, Collèges de la douleur, Syndicats de pharmaciens, AFDS et les professionnels. Pour la diffusion, inscription dans la circulaire DHOS relative aux actions de formation prioritaire.

Calendrier : 2007

Coût : 40 000 euros

OBJECTIF 8 : AMELIORER LES CONNAISSANCES SUR LES METHODES NON MEDICAMENTEUSES DE PRISE EN CHARGE DES DOULEURS

Mesure 20 : Développer la recherche sur les méthodes non pharmacologiques

- Une étude prospective identifiera la place et le rôle des techniques de relaxation, et de neurostimulation transcutanée notamment chez la personne âgée dans la stratégie globale de prise en charge de la douleur chronique.

Opérateurs : DGS, INSERM, CHU de Saint-Etienne et Sociétés savantes

Calendrier : 2006-2007

Coût : 300 000 euros

- Des recommandations de bonnes pratiques seront élaborées à partir de ces études.

Opérateur : HAS

Calendrier : saisine de la HAS

Coût : absence de surcoût

Coût total de la Priorité n°3 : 420 000 euros
--

PRIORITE 4 : STRUCTURER LA FILIERE DE SOINS DE LA DOULEUR, EN PARTICULIER POUR LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS CHRONIQUES REBELLES, PERMET DE RENDRE PLUS EFFICACE LE DISPOSITIF

CONTEXTE

Les initiatives régionales pour une meilleure prise en charge de la douleur sont nombreuses mais il existe un manque de visibilité, de communication, de partage d'expériences et de concertation entre les différents acteurs (soignants, usagers, institutionnels) en la matière. Les résultats d'enquêtes régionales⁴⁰ montrent qu'il existe une forte disparité de prise en charge selon les établissements de santé d'une même région. Il apparaît que le développement de ce type de démarche, au niveau régional, renforce la dynamique et la sensibilisation des professionnels des établissements de santé.

Les nouvelles dispositions prises en faveur de la qualité des soins renforcent la lutte contre la douleur dans les établissements de santé, notamment au travers de la thématique rendue obligatoire dans la sous-commission « sécurité et qualité des soins » de la commission médicale d'établissement⁴¹ et de la certification⁴². La lutte contre la douleur a été retenue comme un des objectifs prioritaires de la qualité des soins dans le projet Compagh initié en 2003, avec l'expérimentation d'un indicateur sur la traçabilité de la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé publics et privés volontaires.

Les douleurs chroniques dites rebelles sont sources de handicaps et d'altérations majeures de la qualité de vie. Elles induisent une consommation importante de soins et d'arrêts de travail. Le patient douloureux chronique a recours chaque année à environ 10 consultations ou visites de généralistes et 4 consultations de spécialistes. 45 % d'entre eux sont concernés par des arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois par an. La majorité des médecins expriment des difficultés dans la prise en charge de ces patients liées au contexte polypathologique et à l'accès insuffisant à l'offre de soins⁴³. Le manque de données épidémiologiques concernant les différentes formes des douleurs chroniques (sauf pour la migraine qui est bien étudiée⁴⁴) est souligné dans le rapport annexé à la loi de santé publique⁴⁵. Des travaux spécifiques sont à mener afin de mieux identifier les facteurs favorisant le développement et la pérennisation des symptômes douloureux chroniques pour en améliorer la prise en charge. Une recherche coordonnée dans ce domaine est

⁴⁰ Le livre blanc de la douleur. Synthèse des travaux réalisés par le comité d'organisation des Etats généraux de la douleur. Juin 2005

⁴¹ Article L 6144-1 du code de la santé publique (Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé - Titre I - Article 3).

⁴² Manuel d'accréditation des établissements de santé. 2^{ème} procédure d'accréditation. ANAES. Septembre 2004.

⁴³ Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Ile-de-France – URCAM Ile-de-France. Novembre 2003.

⁴⁴ Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Recommandations. ANAES. Octobre 2002.

⁴⁵ Loi de santé publique du 9 août 2004.

nécessaire afin de développer les échanges d'informations et mutualiser les compétences. Les douleurs survenant dans les suites de cancer sont une source majeure de handicap et d'altération de la qualité de vie des patients. Il existe peu d'études épidémiologiques dans ce domaine et les patients sont souvent mal informés des possibilités thérapeutiques et de l'existence de structures spécifiques pouvant les prendre en charge.

Le nombre de structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle a été multiplié par deux en cinq ans. D'après le recensement de 2006, il existe plus de 200 structures, contre 178 en 2004 et 96 en 2001.

L'étude⁴⁶ qui explore les réponses des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle aux besoins des patients et des professionnels de santé souligne les difficultés rencontrées par ces structures en termes de pérennité, de ressources humaines, d'organisation, de locaux et de valorisation de l'activité de prise en charge de la douleur, face à une demande croissante. Cette demande devrait encore progresser : d'une part, l'approche globale du patient (soins de support) intégrant la prise en charge de la douleur constitue une des priorités du plan cancer (mesure 42), d'autre part, la prise en charge de la douleur apparaît au premier rang des propositions d'actions à engager dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique⁴⁷. Ainsi la structuration, l'organisation et le fonctionnement de ces structures devront prendre en compte ces évolutions, s'adapter à la demande des patients et des médecins libéraux dans un souci d'accessibilité, de mise en commun des compétences et de qualité de la prise en charge.

Dans le cadre du projet européen Era-Pain coordonné par le Ministère français de la santé, un colloque réunissant les professionnels de santé, les responsables des programmes et les décideurs travaillant dans le domaine de la prise en charge de la douleur à l'échelon européen a été organisé en juin 2005. Ce colloque en soulignant les l'extrême disparité entre les états, a mis en évidence tout l'intérêt d'un partage d'informations.

OBJECTIF 9 : ACCOMPAGNER ET STRUCTURER LE DEVELOPPEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS CHRONIQUES DITES REBELLES

Mesure 21 : Actualiser les principes d'organisation de la lutte contre la douleur chronique rebelle

- Actualisation du cahier des charges, établi en 1998, des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle et élaboration d'outils de gestion et de suivi d'activité.

Opérateur : DHOS en lien avec l'INCa, les ARH, les Sociétés savantes et le CNMD

Calendrier : 2006

⁴⁶ Enquête relative aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - CEMKA-EVAL – 2004.

⁴⁷ Attentes des patients porteurs de maladies chroniques. Pour le plan d'amélioration de la qualité de vie des maladies chroniques. Direction générale de la santé – Ecole de santé publique de Nancy – Décembre 2004.

Coût : absence de surcoût

- Valorisation du mode de financement des activités de prise en charge de la douleur chronique rebelle, au travers de la tarification à l'activité (création d'un groupe homogène de séjour (GHS) « douleur chronique rebelle »).

Opérateurs : DHOS, Mission T2A en lien avec les Sociétés savantes

Calendrier : mars 2006 (rétroactif au 1^{er} janvier)

Coût : 5 millions d'euros

Mesure 22 : Faciliter l'accès aux structures de prises en charge de la douleur chronique rebelle

- Renforcement en personnels des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle (centres, unités, consultations) : médecins, odontologistes, psychologues, infirmiers,...

Opérateur : DHOS en lien avec les ARH

Calendrier : 2006-2010

Coût : 8,8 millions d'euros soit un équivalent de postes en temps plein de 100 médecins attachés, 26 praticiens hospitaliers, 30 psychologues, 38 infirmières

- Amélioration des conditions d'accueil des patients, notamment des personnes âgées par l'aménagement, la rénovation et l'équipement des locaux des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle.

Opérateur : DHOS en lien avec les ARH

Calendrier : 2006-2010

Coût : 4 millions d'euros (Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés)

OBJECTIF 10 : PROMOUVOIR UNE DEMARCHE ACTIVE ET CONCERTEE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Mesure 23 : Partager les expériences sur les organisations et actions mises en place, notamment dans les régions

- Recensement et diffusion des stratégies mises en place en régions entre les différents réseaux de santé (réseaux de cancérologie, de soins palliatifs et/ou douleur, de gériatrie), les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux afin :
 - d'identifier les acteurs locaux (création d'un annuaire)
 - de diffuser et de partager les informations
 - d'assurer la continuité de la prise en charge de la douleur tout au long du parcours de soins du patient.

Une enquête réalisée auprès de régions volontaires recensera ces stratégies. Ses résultats seront diffusés au niveau régional afin d'accompagner les **politiques territoriales** de prise en charge de la douleur.

Opérateur : DHOS

Calendrier : 2006

Coût : 40 000 euros

- Mise en place d'un forum d'échanges d'informations et de discussions, via Internet, avec les pays européens sur les initiatives et réalisations dans les domaines de la sensibilisation des acteurs de soins et des usagers, la formation des professionnels de santé, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'usage des médicaments antalgiques, la douleur chez les populations spécifiques

Opérateur : DHOS en lien avec l'INSERM

Calendrier : 2006

Coût : absence de surcoût

Mesure 24 : Renforcement de la prise en charge de la douleur dans les réseaux de santé

- Apporter des financements complémentaires aux réseaux de santé, qu'ils soient spécialisés ou polyvalents, pour développer et renforcer les activités de prise en charge de la douleur.

Opérateur : DHOS en liaison avec les ARH et l'URCAM

Calendrier : 2006-2010

Coût : 5 millions d'euros (1 million par an) de la Dotation nationale des réseaux (DNDR)

Mesure 25 : Suivre les mesures mises en place

- Définition et intégration d'objectifs et d'indicateurs d'amélioration de la prise en charge de la douleur

Pour les objectifs de lutte contre la douleur :

- au niveau de l'établissement de santé : promouvoir le renforcement du rôle de l'usager dans les différentes instances relatives à la qualité des soins et traitant du thème de la douleur ;

- au niveau régional : promouvoir l'intégration de l'activité transversale de prise en charge de la douleur dans les contrats d'objectifs et de moyens passés entre les ARH et les établissements de santé.

Pour la mesure de la lutte contre la douleur :

- généralisation dans les établissements de santé, de l'indicateur de qualité sur la traçabilité de la douleur, expérimenté en 2004 et 2005 dans le cadre du projet Compaqh ;

- réflexions sur d'autres indicateurs de mesure menées à partir des indicateurs de la statistique annuelle des établissements (SAE) et du programme de médicalisation du système d'information (PMSI).

Opérateurs : DHOS, DREES, HAS, ARH et projet Compaqh

Calendrier : 2006

Coût : absence de surcoût

- Création d'un réseau de correspondants régionaux désignés par chaque ARH afin de disposer de retours d'informations sur les actions de lutte contre la douleur.

Opérateur : DHOS

Calendrier : 2006

Coût : absence de surcoût

Coût total de la Priorité n°4 : 22,84 millions d'euros

Coût total du Plan : 26,74 millions d'euros

ANNEXE

COORDINATION

Danièle CULLET : DHOS - Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé:

Carole CRETIN : DGS - Sous-direction pathologies et santé

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins :

- Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé :
Elvire ARONICA, Christine RIEU, Isabelle TORTAY
- Mission T2A : Annick DARRIEU
- Sous-direction de l'organisation du système de soins : Pierre LAFFLY

Direction générale de la santé :

- Sous-direction pathologies et santé : Olivier DUPONT, Benoît LAVALLART,
Jacqueline TRIN-DINH

GROUPE DE TRAVAIL

Amine ARSAN, Paris

Louis BRASSEUR, Hôpital Ambroise Paré - Boulogne

Olivier BOURDON, Hôpital Robert Debré - Paris

François BOUREAU, Hôpital St Antoine - Paris

Danièle CADET : AFDS

Gérard CHUZEVILLE : ARH Rhône-alpes

Monique COUTURIER, Hôpital de Lannion

Radhouane DALLEL : Réseau national de recherche clinique et fondamentale sur la douleur

Claire DELORME : SFETD

Claude ECOFFEY : SFAR

Pierre FOUCAUD : SFP

Gilles GAEBEL : CISS

Patrick GINIES : CNMD

Jean-Noël GODEFROY : CNCDD

Brigitte HAURY : DREES

Nathalie HOOG-LABOURET : AFSSAPS

Martine JAMBON : Hôpital 2000 vaincre la douleur

Ivan KRAKOWSKI, Centre Alexis Vautrin – Nancy

Véronique LAVERGNE : AFSSAPS

Christine LEVEQUE, Hôpital St Vincent de Paul - Paris

Evelyne MALAQUIN-PAVAN, Hôpital Corentin Celton - Issy les Moulinaux

Marie de MONTBEL : INCa

Dominique RAVINET : CNAMTS

Geneviève RUAULT : SFGG

Claudine SCHMITT : Société française d'oncologie pédiatrie

Bernard de VALOIS : SFAP

Chantal WOOD : SFETD

CONSULTATION⁴⁸

AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE ET DES PRODUITS DE SANTE

ASSOCIATION FRANÇAISE DES DIRECTEURS DE SOINS

COLLECTIF INTER-ASSOCIATIF SUR LA SANTE

COLLEGE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES DE LA DOULEUR

COLLEGE NATIONAL DES MEDECINS DE LA DOULEUR

CONFERENCE DES DOYENS

HAUTE AUTORITE EN SANTE

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (représentant français)

SOCIETE FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS

SOCIETE FRANÇAISE D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

SOCIETE FRANÇAISE DE GERIATRIE ET GERONTOLOGIE

SOCIETE FRANÇAISE DE PEDIATRIE

⁴⁸ Organismes ayant répondu à la consultation menée dans le cadre de la validation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.