



Avis du 17 septembre 2013 sur le programme national douleur (2013-2017) adopté par la commission permanente

Résumé de l'avis

Un programme de santé publique correspond à la traduction d'objectifs généraux en objectifs opérationnels. Or dans ce programme national douleur, les objectifs généraux résultant de l'identification de priorités ne sont pas clairement définis ; de ce fait, il y a un fort décalage entre les attentes suscitées par le programme national douleur et la lecture du projet proposé qui ne prend pas en ligne de compte des priorités nationales de santé (en tout premier lieu, la réduction des inégalités sociales de santé ainsi que toute une partie des situations ou des types de douleurs rencontrées par les usagers.

Par ailleurs, il ne transparait pas un fil directeur pouvant permettre l'appropriation du programme par l'ensemble des acteurs concernés.

Enfin, la gouvernance n'associe pas clairement les niveaux régional et national.

De ce fait, la Conférence nationale de santé exprime ses réserves à l'égard de ce programme tant sur le fond que sur la forme.

Introduction

Le 12 juillet 2013, la Conférence nationale de santé (CNS) a été destinataire d'un message de consultation sur le programme national douleur adressé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Cet avis a été élaboré dans un délai très court, compte-tenu de la période estivale. Un projet d'avis, après appel à contribution des membres de la CNS, a été soumis à la commission permanente le 10 septembre.

L'avis de la CNS s'inscrit dans la continuité de [l'avis formulé sur la méthode de la nouvelle génération de plans de santé publique du 5 avril 2012](#) où elle recommandait « que les plans nationaux de santé publique comportent les éléments suivants :

1° situer les enjeux présents et futurs ;

2° faire un point sur les politiques passées en tenant compte des évaluations réalisées ;

3° consulter les acteurs en région et les effecteurs pour préparer l'étape 4 ;

4° formuler des objectifs généraux / stratégiques (en formalisant clairement leur articulation avec les orientations de politique nationale et des objectifs spécifiques ; et en retenant une approche déclinée en plan / schéma / programme pour être en

cohérence avec ce qui est proposé aux régions ; à ce titre, prévoir un calendrier des plans cohérent avec celui des PRS : envisager, par exemple, un plan national de 10 ans, permettant à 2 générations de PRS de le rendre opérationnel.

5° définir le cadre national à partir des feuilles de route des différents acteurs : direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction générale de la cohésion sociale (DGCS), direction de la sécurité sociale (DSS), caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ... ;

6° interroger les effecteurs et les acteurs en région pour recueillir leurs propositions de mise en œuvre, faire remonter les expérimentations et innovations... ;

7° élaborer un guide national de recommandations opérationnelles à partir des résultats de l'étape 6 au travers d'une conférence du plan ;

8° accompagner les objectifs des indicateurs de suivi et d'évaluation au moment même de la formalisation du plan (voir les recommandations du HCSP). »

Aussi, bien que le document soumis à consultation soit non un plan mais un programme (dans la poursuite de programmes nationaux précédents), comme il n'est pas fait référence à un plan dont ce programme serait la déclinaison, l'avis de la CNS sera structuré en deux parties :

- l'examen du projet de programme national douleur sous l'angle de son adéquation à ces recommandations elles-mêmes en ligne avec le guide méthodologique de la Direction générale de la santé (DGS) ;
- l'examen du contenu du programme, de ses avancées mais aussi de ses manques.

I - Le programme national douleur a-t-il tous les attributs d'un programme national de santé publique ?

➤ *Enjeux présents et futurs*

La prise en charge de la douleur a été inscrite dans la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle a été consacrée comme priorité dans la loi du 13 août 2004. Cette priorisation est d'autant plus nécessaire qu'elle se fait à l'aune du vieillissement de la population et de la plus grande exposition de celle-ci à tout type de douleurs, ainsi que de la difficulté, malgré les 3 plans douleur, de prendre en charge efficacement les douleurs chroniques.

Les Etats Généraux de la Douleur ont par ailleurs révélé en 2004 que près d'un tiers de la population française souffre de douleurs fréquentes ou chroniques, dont les seniors sont les plus touchés.

➤ *Points sur les évaluations des politiques antérieures*

Le programme présente une synthèse très résumée de l'évaluation faite par le Haut Conseil de santé publique (HCSP) du précédent programme et de l'évolution des indicateurs en particulier celui de la traçabilité de la douleur, qui montre une nette amélioration même si sa progression demeure encore nécessaire.

➤ ***Consultation des acteurs en régions***

Il n'est donné aucune indication à ce sujet. Il serait pourtant nécessaire qu'avant tout plan ou programme, les acteurs régionaux soient consultés sur leur évaluation des actions antérieures et sur les priorités qu'il leur paraît nécessaire de mettre en avant.

➤ ***Formulation des objectifs généraux et articulations avec les objectifs de politique nationale***

Il est indiqué qu'« élaboré pour répondre aux enjeux de la Stratégie nationale de santé (SNS) relatif au système de santé autour du patient, ce programme accorde une place primordiale au parcours de soins », ce qui se comprend clairement dans le titre « Améliorer la prise en charge des patients algiques dans le cadre d'un parcours de soins ».

La Conférence nationale de santé ne peut que regretter que le programme ne se consacre qu'au parcours de soins sans tenir compte de la douleur dans le cadre des parcours de santé (personnes en situation de handicap, par exemple). Il y a donc d'emblée une restriction du champ de la santé aux soins, alors que le chapitre du programme sur les enjeux et priorités ne conduisent pas à cette priorisation.

Ainsi, l'emploi du terme "*patients*" est une réduction à la situation pathologique, alors que la douleur peut advenir à tout âge et dans toute condition.

De même, parler de "*soins*" est réduire le problème de la prise en charge de la douleur, en particulier chronique, et privilégier les soins (le "biologique") au détriment des aspects psycho-sociaux, qui sont majeurs, et alors que le modèle bio-psycho-social est celui prôné depuis plus de 20 dans le domaine de la douleur. La *douleur chronique* est par ailleurs un véritable fléau qui pose de nombreux problèmes, en grande partie liés au cloisonnement entre spécialités médicales et secteur social, et qui a un impact économique très significatif.

Comme le souligne le rapport du HCSP à propos du 3^e Plan Douleur, il est nécessaire d'améliorer la prise en charge de la douleur chez les personnes vulnérables, qui ne sont pas, pour l'immense majorité d'entre elles, des "patients" (enfants, personnes handicapées et âgées, entre autres).

Il y a ainsi un usage inadapté du terme « patient » dans l'ensemble du texte du Programme (comme en ligne 97 : parler des personnes résidant en EHPAD comme des "patients", alors que le terme de "parcours de vie" est utilisé peu après).

De plus, il ne devrait pas être écrit que "les patients seront un jour confrontés à la douleur" : tout individu est confronté à la douleur, de multiples fois dans sa vie. Certains y sont même confrontés quotidiennement (80% des infirmes moteurs cérébraux par exemple). Ainsi, la Fondation Motrice, dont l'objectif est de développer la recherche et l'innovation dans le domaine de la paralysie cérébrale (IMC + polyhandicap), a montré, à l'issue d'une enquête, que la douleur est la première préoccupation des personnes atteintes de paralysie cérébrale, avant, par exemple, l'amélioration de la mobilité. De même, l'enquête Delphi réalisée par le ministère de la santé, dans le cadre de la préparation du plan « Maladies chroniques », en 2004, montre que la prise en charge de la douleur occupe la première place des attentes exprimées par les associations de patients toutes pathologies confondues.

La douleur est un enjeu essentiel d'éducation au niveau de la population, dès le jeune âge à l'école, afin de faciliter la compréhension, l'expression, la communication avec les proches et

les professionnels de santé, et la participation active des individus à la lutte contre cette situation. L'attente passive d'un traitement antalgique délivré par la communauté médicale étant une tendance croissante et un comportement inadapté, car la douleur est avant tout un vécu personnel qui nécessite une participation et responsabilisation de l'intéressé (tant vis-à-vis de lui-même que des moyens du système de santé et des services sociaux), il est nécessaire de donner au Programme l'ambition de faciliter cette perception et la collaboration entre usagers, acteurs de soins, et acteurs sociaux et associations agréées. Cette dimension participative de la prise en charge n'est pas développée dans le Programme, qui s'attache avant tout aux actions auprès de chaque acteur et non principalement à la coopération entre eux, malgré le titre. Veiller à la continuité des soins et à une articulation entre les diverses prises en charge est essentiel. Il est à noter que le terme d'éducation thérapeutique du patient (E.T.P.), symbole même de la coopération entre usagers et professionnels, ne figure en aucune place dans ce programme.

Au moment de la rédaction de cet avis, on ne sait encore que peu de choses de ce qui sera finalement inscrit dans la stratégie nationale de santé si ce n'est qu'elle aura comme objectifs premiers la réduction des inégalités de santé et l'organisation de l'offre en santé autour des parcours de santé. Aussi, est-il surprenant et même *inacceptable* de lire dans ce programme : « dans la mesure où la prise en charge de la douleur est multidimensionnelle, le Programme national n'a pas pour ambition l'exhaustivité des actions envisageables (comme notamment douleur et inégalité sociale de santé,...) ». Priorité nationale, la lutte contre les inégalités sociales de santé ne devrait pas être considérée comme relevant d'actions spécifiques mais devrait inspirer toutes les actions du programme.

A ce sujet, les techniques non médicamenteuses font partie des moyens à mettre en œuvre au cours de la prise en charge de la douleur, mais restent dans l'immense majorité des cas à la charge exclusive de la personne, l'assurance maladie et les mutuelles ne remboursant qu'une part mineure des coûts afférents, s'agissant de plus d'une prise en charge à moyen terme la plupart du temps. La question de l'inégalité d'accès aux soins non pris en charge par la Sécurité Sociale (avant tout techniques psychocorporelles, dont sophrologie et hypnothérapie, et diverses psychothérapies, dont on sait pourtant qu'ils sont absolument indispensables à la prise en charge de la douleur, en particulier chronique), aurait pu être traitée dans ce programme.

Par ailleurs, les projets et actions devraient être autant que possible mutualisés concernant des problématiques à impact similaire et non réalisés exclusivement par pathologie.

Ainsi, la CNS s'interroge sur la faiblesse de l'inscription de ce programme dans les orientations nationales de la politique de santé et plus particulièrement sur la non prise en compte des inégalités sociales de santé.

➤ *Définition du cadre national*

Le programme définit le cadre d'action national mais sans qu'il n'y ait vraiment un fil conducteur. Par ailleurs, il y a de nombreuses redites qui contribue à la confusion. De plus, ce programme risque d'avoir une portée limitée car il présente, de façon mal hiérarchisée, de nombreuses actions (priorités) dont les articulations opérationnelles ne sont pas clairement définies. Enfin, un certain nombre de données et concepts sont exposés comme

les fondements des actions proposées, alors qu'ils ne rencontrent pas un consensus chez les experts, ce qui fragilise les propositions.

La CNS observe un décalage important entre enjeux et moyens d'y répondre.

Il y a des obstacles à lever, de nouveaux comportements à initier (partage d'information et coordination entre acteurs des soins et sociaux, responsabilité des ARS et des institutions hospitalières vis-à-vis des moyens à sanctuariser pour la prise en charge de la douleur chronique, leviers d'action à mettre en œuvre auprès des acteurs médico-sociaux pour répondre aux besoins individuels,...). Le recours aux programmes d'information et aux médias ne peut être la seule réponse : or elle est très largement présente. Soulignons encore que le recours à l'information et aux médias doit être très largement inspiré par la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Enfin, il conviendrait de développer le champ d'action de l'annexe consacrée à la recherche. En effet, seule l'administration centrale est mentionnée pour conduire des programmes de recherche, alors que de grands organismes de recherche comme l'INSERM et des associations et fondations sont concernés. Ensuite, le contenu préconisé pour la recherche sur la douleur est assez restreint, mettant l'accent sur la recherche translationnelle. Il n'évoque pas la recherche sur les mécanismes de la douleur, alors que de ce type de recherche dépend le recours aux techniques non médicamenteuses (rééducation, techniques psychocorporelles,...) de prise en charge de la douleur.

➤ *Contribution des régions*

Le programme ne semble pas avoir été construit à partir des attentes des régions.

Les ARS sont considérées comme un acteur stratégique du Programme, dont la déclinaison doit avoir lieu à l'échelle territoriale et du premier recours : la place clé des Délégations territoriales départementales (DTD) dans le pilotage de proximité doit donc être mentionnée.

➤ *Indicateurs de suivi et d'évaluation*

Il faut souligner l'effort fait de présenter avec le programme des indicateurs de suivi et d'évaluation.

Mais les indicateurs proposés ont une propriété purement quantitative ; ils ne permettront pas de suivre les éventuels changements de comportements des acteurs de santé concernés par le programme ; or c'est un des enjeux majeurs que de voir se développer la coopération entre ces acteurs.

Par ailleurs, et étant donné l'existence de plusieurs outils d'évaluation de la douleur, il serait opportun de s'appuyer sur les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) afin de faciliter le choix des indicateurs.

Dans ce domaine également, il n'est donné aucune visibilité sur les articulations entre le niveau national et le niveau régional (contrairement aux [recommandations du guide DGS sur les plans nationaux](#)) ; en particulier, le suivi du programme devrait se faire également au niveau régional. Une place devrait être donnée aux instances consultatives (CRSA et CNS) ;

les CRSA devraient être destinataires d'un bilan annuel du programme douleur dans leur région.

Des représentants des divers acteurs de santé dont ceux du premier recours et de diverses spécialités médicales, de diverses modalités d'exercice (médecine du travail, médecin-conseil), et des usagers, tant au niveau des organes représentatifs (dont SFETD) que de la CNS, devraient être impliqués dans le dispositif de suivi et d'évaluation du programme.

II. Les orientations du plan correspondent elles aux attentes des acteurs ?

En dépit des axes définis, le programme souffre d'un manque d'homogénéité et de fil conducteur. La lecture est complexifiée par le fait que les mêmes livrables sont identifiés dans plusieurs chapitres à la fois.

(voir en annexe tout ce qui relève d'une reformulation ou d'une précision à apporter)

Axe 1 : Améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients algiques en sensibilisant les acteurs de premiers recours

Priorités : "Mettre à la disposition des acteurs de premier recours un maillage des structures de douleur chronique". "Il est indispensable de favoriser les coordinations pluri-professionnelles".

Il est ici capital de préciser quel cadre sera donné à la mise en place de ces coordinations, qui sont la condition des parcours de soins/santé : quel acteur pilote la problématique du « quand et comment se concerter entre acteurs, dont le patient » ? Il s'agit du problème principal à gérer pour tout parcours de santé.

L'un des objectifs du programme s'attache à positionner les acteurs de premier recours au centre de la prise en charge du patient, ce qui répond à un enjeu majeur et à un besoin exprimé par de nombreux professionnels de la prise en charge de la douleur. Le parcours de santé du patient douloureux est en effet avant tout issu des interactions au sein du binôme médecin généraliste/patient. Cependant, le rôle du médecin spécialiste d'une discipline donnée, praticien pratiquement toujours requis dès lors que le diagnostic étiologique n'est pas posé et/ou ou le traitement de première ligne n'a pas été suffisamment efficace au niveau du premier recours, est aussi un enjeu majeur : c'est à ce niveau du parcours qu'il y a fréquemment rupture, car le patient est souvent considéré de façon inadaptée dans le cadre strict et limité d'une spécialité médicale, alors que dès ce stade, les facteurs psycho-sociaux deviennent importants, limitent d'autant l'approche purement biomédicale et obèrent son résultat. Il s'agit ici de positionner la prévention de la chronicisation de la douleur, que les Etats Généraux de la Douleur ont largement mis en évidence comme pivot du parcours de soins/santé du patient douloureux rebelle au traitement mis en œuvre en soins primaires, en incluant la place clé du médecin de second recours qu'est le spécialiste.

La réflexion sur les nouveaux métiers, en particulier dans la coordination des parcours de soins, n'est pas abordée. Il aurait été intéressant de promouvoir un parcours de soins de la maladie douloureuse chronique avec la HAS, en mettant en œuvre une meilleure coordination des bonnes pratiques professionnelles facilitant ainsi le parcours de soins des patients

douloureux et leur suivi, et intéressant l'ensemble des acteurs du premier recours, des établissements de santé (Ehpad, urgences,...), des professionnels ressource (référénts douleur des établissements, professionnels des structures douleur chronique notamment Infirmier ressource douleur) tant en douleur aiguë (suivi post-chirurgical, soins infirmiers à domicile, soins de rééducation...) qu'en douleur chronique.

Enfin, un point d'importance n'est pas abordé avec le programme : la prise en charge financière des traitements de la douleur, notamment chez les personnes handicapées. Par exemple, le MEOPA (mélange protoxyde d'azote et d'oxygène) est chez la personne handicapée, dans certains cas, indispensable pour permettre des soins ou actes (bucco-dentaires, radiographies, prise de sang, examen clinique aux urgences,...) ; or il est souvent à la charge de la personne handicapée.

De plus, le programme n'associe pas les décideurs financiers (Sécurité Sociale notamment), qui auraient pu procéder à une évaluation du coût des différentes situations, et ainsi optimiser leur prise en charge.

Axe 2 : “Favoriser l'expression de la douleur pour mieux la repérer”

Ce libellé raccourci ne paraît pas adapté car il s'agit d'une part de sensibiliser les usagers à communiquer avec leur médecin et leurs proches à propos de leur douleur, et d'autre part de faire en sorte que les acteurs de santé repèrent mieux la douleur, en particulier celle des personnes présentant des difficultés ou déficits de communication.

Le programme se réfère régulièrement aux lombalgies chroniques et aux Céphalées Chroniques Quotidiennes (dont la migraine) et peu aux névralgies, rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), à la Le programme se réfère régulièrement aux lombalgies chroniques et aux Céphalées Chroniques Quotidiennes (dont la migraine) et peu aux névralgies, rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), à la fibromyalgie, etc. A trop accorder d'importance à certaines douleurs et à en ignorer d'autres (qui sont pourtant d'impact similaire), le programme prend le risque d'établir in fine une hiérarchisation des types de douleur, ce qui serait fort dommageable. Il aurait été préférable que le programme s'attelle à établir une liste la plus exhaustive possible des divers types de douleur et de leur prise en charge, à la fois par le personnel soignant et le personnel médico-social. Voir annexe 5 du Cahier des charges de la DGOS listant **les** pathologies concernées par une prise en charge dans le SDC.

Par ailleurs, ce programme s'attache trop peu à évoquer la douleur que subissent au quotidien les personnes souffrant de handicap, qu'il soit physique ou mental. Pourtant, la douleur est tout aussi présente dans ces parcours de vie, voire plus que dans la majorité de la population. Elle est tout simplement plus difficile à identifier, du fait de la difficulté de communication entre ces personnes et le personnel soignant. Le programme ne fait état que marginalement de mesures spécifiquement dédiées à ces types de parcours de vie, alors qu'ils devraient être placés au cœur de la réflexion. Aucune action de sensibilisation du personnel soignant et médico-social à l'adaptation de leur communication sur la douleur avec les personnes en situation de handicap n'est prévue. A ce titre, des actions auprès des centres de santé et plus particulièrement des centres de santé infirmiers auraient dû être prévues.

Axe 3 : “Garantir la prise en charge de la douleur plus spécifiquement à domicile ou en établissement médico-social”

Dans cet axe, le problème est que le programme aborde seulement la prise en charge de la douleur sous l’angle des soins alors qu’elle devrait être pensée dans le cadre d’un parcours de santé. Ainsi, ce seront à la fois les acteurs du secteur de la santé et ceux du médico-social qui seront impliqués dans l’identification et la prise en charge de la douleur à domicile et en établissement médico-social, et non plus le seul personnel soignant.

Par ailleurs, le programme ne fait pas mention de réponses à la douleur autre que médicamenteuses. Il en existe pourtant : rééducation, prise en charge psycho-sociale... Par cette focalisation sur l’aspect « soins », le programme néglige tout un panel de réponses aux situations douloureuses, assuré par le domaine médico-social.

L’environnement des personnes douloureuses devra également être pris en compte, notamment pour les personnes souffrant de handicap.

Dans l’optique d’une meilleure prise en charge de la douleur à domicile et en établissement médico-social, le rôle des associations n’est pas à négliger. Or, le programme n’en fait pas mention.

Conclusion

Un programme de santé publique correspond à la déclinaison d’objectifs généraux déclinés en objectifs opérationnels. Les objectifs généraux résultant de l’identification de priorités ne sont pas clairement définis ; de ce fait, il y a un fort décalage entre les attentes suscitées par le programme national douleur et la lecture du projet proposé, qui ne prend pas en ligne de compte des priorités nationales de santé (en tout premier lieu, la réduction des inégalités sociales de santé), ainsi que toute une partie des situations douloureuses. Par ailleurs, il ne transparaît pas un fil directeur pouvant permettre l’appropriation du programme par l’ensemble des acteurs concernés. Qui plus est, la gouvernance n’associe pas clairement les niveaux régional et national. Enfin, le programme national douleur cible 55 « nouvelles priorités », ce qui est bien trop important ([voir l’avis de la CNS la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé : « Comment sortir plus forts de la crise ? »](#)). Il aurait été préférable de choisir 3 à 5 cibles vraiment prioritaires, plutôt que de proposer un panel si large qu’il en devient irréalisable.

De ce fait, la Conférence nationale de santé exprime des réserves à l’égard de ce programme, tant sur le fond que sur la forme.

Annexes

1. Contributeurs

Ont contribué à l'élaboration de cet avis :

- Annie Cadanel, déléguée nationale de l'ANCREAI ;
- Bernadette Devictor, Présidente de la CNS ;
- Jean-Louis Faure, Président de l'ONFRIH
- Danièle Langlois, présidente d'Autisme France ;
- Christel Prado, présidente de l'UNAPEI ;
- Henri Pujol, président de la CRSA de Languedoc-Roussillon ;
- Carole Robert, présidente de Fibromyalgie France ;
- Aurore Rochette, déléguée Santé & Soins d'Adessadomicile.

Une mention spéciale à Gérard Mick, co-président de l'Union nationale des réseaux de santé, pour son importante contribution.

2. Remarques spécifiques

N°de ligne	Type de commentaire (ge, te, re) ¹ (1)	Commentaire	Proposition
89	re	les professionnels de santé du premier recours (médecins, pharmaciens, dentistes, infirmiers...)	Les acteurs du premier recours (...) et de l'accompagnement (auxiliaire de vie, ...)
92	ge	les patients afin qu'ils puissent devenir de plus en plus partenaires	les patients afin qu'ils puissent devenir partenaires à part entière avec les professionnels de santé et avec le soutien nécessaire des associations agréées
97	ge	Les aidants familiaux et professionnels ont souvent une bonne connaissance des signes de douleur en particulier en terme de changement de comportement	- Les aidants familiaux et professionnels qui sont souvent les interprètes des personnes qu'ils accompagnent
99	ge	pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	Et pour personnes handicapées

¹ (1) Type de commentaire : ge= général te= technique re= rédactionnel

103	ge	Structure douleur chronique (SDC)	<p><i>Remarque : ces SDC correspondent, précisément, selon le cahier des charges du 19 mai 2011, aux 'structures d'étude et de traitement de la douleur chronique' qui sont nommées d'ailleurs telles quelles sur le site internet du Ministère de la Santé en tant qu'« Annuaire des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique »</i></p> <p>Proposition : modifier dans tout le document par « structures d'étude et de traitement de la douleur chronique »</p>
106	re	déploiement des actions dans l'ensemble des secteurs de prise en charge sur le plan régional et local	déploiement des actions dans l'ensemble des secteurs de prise en charge <i>et d'accompagnement</i> sur le plan régional et local
109	ge (actions de formation, programmes de recherche, ...) (actions de formation, programmes de recherche, actions structurelles et organisationnelles : par exemple, parcours de soins hôpital/ambulatoire)
111	Ge	La lutte contre les inégalités sociales de santé ne relève pas nécessairement d'actions spécifiques mais doit inspirer toutes les actions	La mise en œuvre du programme national douleur devra s'inscrire dans l'objectif premier de la stratégie nationale de santé de lutte contre les inégalités sociales de santé
111 112 113	Ge	Mettre de côté la dimension du lien douleur précarité revient à renforcer le risque d'exclure une population déjà en difficultés à entrer ou à participer à un parcours de soins. Cela grève d'autant son parcours de santé (OMS)	Le programme national fait un point de vigilance sur les actions envisageables en lien avec les inégalités sociales de santé.

180	ge	Enfin, la prise en charge de la douleur aux urgences hospitalières doit être améliorée.	Enfin, la prise en charge de la douleur aux urgences hospitalières doit être améliorée et être mieux prise en compte dans les différents services même si elle n'est pas liée à la pathologie responsable de l'hospitalisation.
186	re	douleur plus spontanée et systématiquement et chez plus de patients quelle que soit la population	douleur plus spontanément et systématiquement et, quelle que soit la population concernée, chez un nombre plus important de patients.
200	re	Le Programme national renforce les actions de prise en charge de la douleur des patients vivant à leur domicile ou en établissement médico-social, notamment en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ceci pour tenir compte du vieillissement de la population.	Afin de tenir compte du vieillissement de la population, le Programme national renforce les actions de prise en charge de la douleur des patients vivant à leur domicile ou en établissement médico-social, notamment en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).
226	ge	au traitement et qu'elles induisent une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles.	aux traitements usuels , qu'elles induisent une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles, et une perte d'autonomie et de qualité de vie.
246	re	ajout	Il faut par ailleurs souligner que, pour certaines catégories de population, la douleur est présente de façon quotidienne. Ainsi, d'après la Fondation Motrice, la douleur est la première préoccupation des personnes atteintes de paralysie cérébrale. Une étude menée dans des services de

			consultations IMC pour adultes a fait apparaître que 80% des patients présentaient des pathologies douloureuses dont les causes sont orthopédiques ou articulaires.
272	ge	Un focus sur la douleur de la personne handicapée me semble nécessaire concernant les personnes polyhandicapées, les personnes pauci-communicantes mais aussi les personnes porteuses de trisomie 21 qui localisent mal leurs douleurs, l'expriment rarement alors qu'ils semblent à même de pouvoir le faire	Focus : Des outils d'évaluation de la douleur spécifiques doivent être utilisés chez les personnes polyhandicapées et les personnes handicapées peu ou non communicantes. Il en est de même dans certains handicaps comme la Trisomie 21 qui malgré une communication souvent satisfaisante ont une perception très atypique de la douleur.
317	ge	... mobilisation du dossier pharmaceutique, intervention dans le cadre...)	... mobilisation du dossier pharmaceutique après évaluation des difficultés d'utilisation , intervention dans le cadre...)
325	ge		- Informer sur des soins complémentaires (usages/coûts)
372	ge	La fibromyalgie est un syndrome douloureux chronique, à l'étiologie encore inconnue, dont la prise en charge est difficile et hétérogène. En France, elle est estimée à 2,2% (2,6% chez les femmes et 1,8% chez les hommes).	La fibromyalgie, dont la prévalence est estimée à 3,4 % chez la femme et 0,5 % chez l'homme *, est un syndrome douloureux chronique qui s'accompagne de fatigue et de souffrance psychologique. La douleur singulière s'accompagne de fatigue, de perturbations du sommeil, de troubles dépressifs et anxieux, sous des formes allant de la simple gêne à un handicap important ayant des répercussions sur l'autonomie et la qualité de vie du patient.

			La prise en charge demeure complexe et difficile : il n'existe pas à ce jour de traitement spécifique ni de prise en charge bien établie du syndrome fibromyalgique. Les différents traitements visent à contrôler les symptômes et associent des médicaments (antalgiques, antidépresseurs, autres psychotropes) et des thérapeutiques non médicamenteuses.
391	ge		-Sensibiliser les médecins à l'ETP dans le cadre des douleurs chroniques
409	re (maintien et financement) ; (maintien et financement), ainsi que valoriser et développer la fonction du médecin interniste ;
437	te		il faut viser les centres de santé au même titre que les maisons de santé pluriprofessionnelles
481	ge		Les techniques d'évaluation de la douleur maintenant assez généralement répandues (échelle de la douleur) sont paradoxalement susceptibles de souffrir de la "banalisation" de leur pratique: trop rapidement administrées, elles sont sources d'incompréhension par les patients
503	ge	... porteraient sur la douleur, les urgences hospitalières, porteraient sur la douleur, les urgences hospitalières, ...charte qui devrait être établie avec les

			associations agréées concernées.
504	te	IL est nécessaire de pouvoir disposer dans les urgences des moyens d'évaluation spécifique de la douleur	Diffuser et utiliser dans les urgences les échelles de douleurs adaptées aux personnes handicapées : pictogrammes, hétéro-évaluation
559	ge	Sensibiliser les patients atteints de migraine à l'abus médicamenteux par une campagne d'information	Sensibiliser les patients atteints de migraine et de douleurs chroniques résistant aux traitements usuels à la non-observance, voire à l'abus médicamenteux par une campagne d'information ou des actions d'Education thérapeutique du patient.
559	re	Favoriser l'intervention des patients ressources dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient dédié à la douleur chronique.	Systematiser l'intervention des patients ressources dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient dédiés à la douleur chronique.
559	ge	L'information doit être accessible à tous	Adapter les supports d'information aux personnes handicapées (ex Facile à lire et à comprendre, pictogrammes)
562	te		Prévoir un guide d'utilisation pour les échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur
565	re	outils pour les patients non communicant	outils de communication alternative pour les patients avec un déficit de communication orale... aux patients avec autisme, avec dysphasie, aphasie, malentendants, muets, AVC, IMC, déficients intellectuels, de langue étrangère, enfants en bas âge...), langue des signes, outils tactiles.

569	ge	Film et site internet de campagne d'information numérique sur la sensibilisation des migraineux ;	Film et site internet de campagne d'information numérique sur la sensibilisation des dououreux chroniques ;
571	ge	Expérimentation d'une formation de patients ressources	Mise en place d'un véritable programme de formation de patients ressources ...
609	te		voir si la mise en œuvre de protocoles entre le médecin traitant et les infirmières et structures intervenant à domicile (centres de santé infirmiers / SSIAD)
614	te		prévoir des actions de formation auprès des centres de santé notamment des centres de santé infirmiers
651	ge		le renforcement de la formation initiale et continue comme les actions de sensibilisation doit être à destination des infirmiers car en ville elles ont à prendre en charge des nourrissons et des enfants
675	te		les actions de sensibilisation et de formation doivent viser les professionnels de la ville (ambulatoire) car il y a de plus en plus de patients algiques qui sont suivis par la médecine de ville
680	re	La douleur est une des plaintes fréquemment rencontrées en santé mentale	La douleur est une des plaintes fréquemment rencontrées en santé mentale et fréquemment ignorée
737	re	Les personnes polyhandicapées présentent fréquemment des douleurs multiples	Les personnes polyhandicapées présentent fréquemment, voire systématiquement , de multiples douleurs
740	ge		Les actes de soins eux-mêmes

			peuvent être sources de douleur non identifiées par les intervenants.
810	te		les actions de formation et de sensibilisation doivent s'adresser également aux centres de santé infirmiers qui interviennent pour près de 85% de leur activité à domicile,
926	te		les objectifs opérationnels doivent être applicables aux services d'aides à domicile et aux SSIAD qui prennent en charge des personnes en situation de handicap à domicile.
935	ge		Formation sur les signes d'appel de la douleur chez la personne handicapée Développer l'utilisation du MEOPA
1037	ge	Le Ministère de la Santé étudiera l'encadrement de l'accès à certains produits de santé et actes comme les stimulations du système nerveux périphérique central, le mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA), les antalgiques en spray ou en patch, la toxine botulique, les triptans,...	Le Ministère de la Santé étudiera l'encadrement de l'accès à certains produits de santé et actes comme les stimulations du système nerveux périphérique central, le mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA), les antalgiques en spray ou en patch, la toxine botulique, les triptans, la kétamine...