

# Évaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

**Le Haut Conseil de la santé publique a remis le rapport d'évaluation du troisième Plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur. Reconnaisant des améliorations, le HCSP recommande l'élaboration d'un 4<sup>e</sup> plan douleur afin de donner un nouveau souffle aux actions entreprises et de s'assurer de la poursuite de l'engagement des pouvoirs publics dans ce champ.**

## **François Bourdillon**

Médecin de santé publique,  
groupe hospitalier Pitié-  
Salpêtrière, Paris

## **François Cesselin**

Chercheur en biochimie de  
la nociception, Inserm UMRS  
975, UPMC, Paris

## **Benjamin Paré**

**Béatrice Tran**  
Secrétariat général du HCSP

**L**e HCSP a été saisi le 7 mai 2010 par la Direction générale de l'offre de soins pour réaliser l'évaluation du plan douleur 2006-2010. Ce 3<sup>e</sup> plan fait suite à deux plans nationaux en vue d'améliorer la prise en charge de la douleur. L'engagement et les actions des pouvoirs publics dans la lutte contre la douleur ne sont donc pas récents. Le 1<sup>er</sup> plan (1998-2000) concernait la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé. Il visait à faire émerger une culture de la douleur en France et a mis en place des mesures spécifiques d'information et de formation des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur. Le 2<sup>e</sup> plan (2002-2005) considérait la prise en charge de la douleur chronique rebelle comme une priorité. L'identification de la douleur provoquée par les soins, les douleurs migraineuses et les douleurs de l'enfant était également l'un des objectifs mentionnés par ce plan. Le 3<sup>e</sup> plan comporte quatre priorités : l'amélioration 1. de la prise en charge des populations les plus vulnérables, 2. des formations initiale et continue des

professionnels de santé, 3. des modalités de traitements médicamenteux et des prises en charge non pharmacologiques, 4. de la structuration de la filière de soins.

## **Méthode**

Un comité d'évaluation pluridisciplinaire, réunissant des compétences dans les domaines de la santé publique et de l'évaluation et, en matière de douleur, dans les différentes disciplines concernées, a rassemblé et analysé les informations utiles à l'évaluation. Celles-ci étaient issues de l'analyse de documents existants, de l'audition de 35 personnes et de plus de 15 contributions écrites recueillies auprès d'opérateurs, d'acteurs ou de personnes cibles du plan, sur la base d'un cahier des charges.

La première étape a été de rassembler les éléments de bilan des 25 mesures déclinant les quatre priorités. Le comité a ensuite réalisé une évaluation générale de la structuration et du déroulement du plan, qui lui a permis de porter un jugement sur la pertinence de ses objectifs et sa gouvernance. Il a conclu sur une série

de recommandations pouvant servir de base à la mise en place d'un futur plan douleur.

## **Les résultats de l'évaluation**

### **Populations vulnérables**

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) a publié en 2009 des recommandations pour le bon usage des médicaments de la douleur chez l'enfant, mais le format et la modalité de diffusion de ce type de recommandations, inadaptés à la pratique quotidienne des médecins libéraux, en limitent l'impact. Par ailleurs, s'il existe des progrès notables dans la prise en charge et la prévention des douleurs aiguës notamment liées aux soins, le nombre de pédiatres et de structures spécialisés dans la prise en charge de la douleur chronique des enfants est très inférieur aux besoins. En outre, la France accuse des retards par rapport à d'autres pays pour l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de formes pédiatriques de certains médicaments antalgiques, montrant la nécessité d'intensifier les incitations du Comité d'orientation pédiatrique



de l'Afssaps en direction des industriels. Pour les personnes âgées, un état des lieux de la prise en charge de la douleur a été réalisé en 2005, soit antérieurement au plan, et sa diffusion s'est limitée au milieu gériatrique. La formation des soignants a été l'objet d'efforts dans une logique systémique pour améliorer l'évaluation et le traitement de la douleur, la prescription de psychotropes, favoriser la bientraitance et mieux prendre en compte la souffrance psychique des personnes âgées, et enfin pour sensibiliser le personnel des institutions gériatriques à la démarche palliative. Le dispositif a reposé en grande partie sur un projet comportant la création puis la diffusion de kits de formation des professionnels exerçant auprès des

personnes âgées. Cependant, l'absence de réelle évaluation de ce projet, très ambitieux, avec des répercussions potentielles sur d'autres aspects que la prise en charge de la douleur des personnes âgées, ne permet pas d'en apprécier les retombées. Toutefois cette action, principalement destinée aux institutions gériatriques, a délaissé la majeure partie (soit 90 % des personnes de plus de 75 ans) des personnes âgées, qui vivent à domicile et dont une sur deux se plaint de douleur.

Enfin, les personnes handicapées, pourtant mentionnées parmi les populations vulnérables, de même que les personnes atteintes de maladies mentales, ont été oubliées : aucune mesure de ce plan ne les concernait.

### Formation

L'amélioration des formations pratiques initiale et continue des professionnels de santé est à porter au crédit du plan douleur 2006-2010, mais son impact est tempéré par les limites en termes de débouchés hospitaliers et de conditions d'exercice en ville des spécialistes de la douleur. Beaucoup reste encore à faire dans ce domaine, d'autant plus que le cadre des formations évolue : réforme des cursus d'enseignement supérieur en vue de l'harmonisation avec les cursus européens (dite « réforme licence-master-doctorat ») et développement professionnel continu.

### Traitements

Cet axe a principalement été représenté par les mesures

d'élaboration des recommandations de l'Afssaps concernant la prévention des douleurs induites par les actes médicaux chez l'enfant en 2009 et la prise en charge de la douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte en 2010, avec l'utilisation à domicile de certaines molécules en réserve hospitalière.

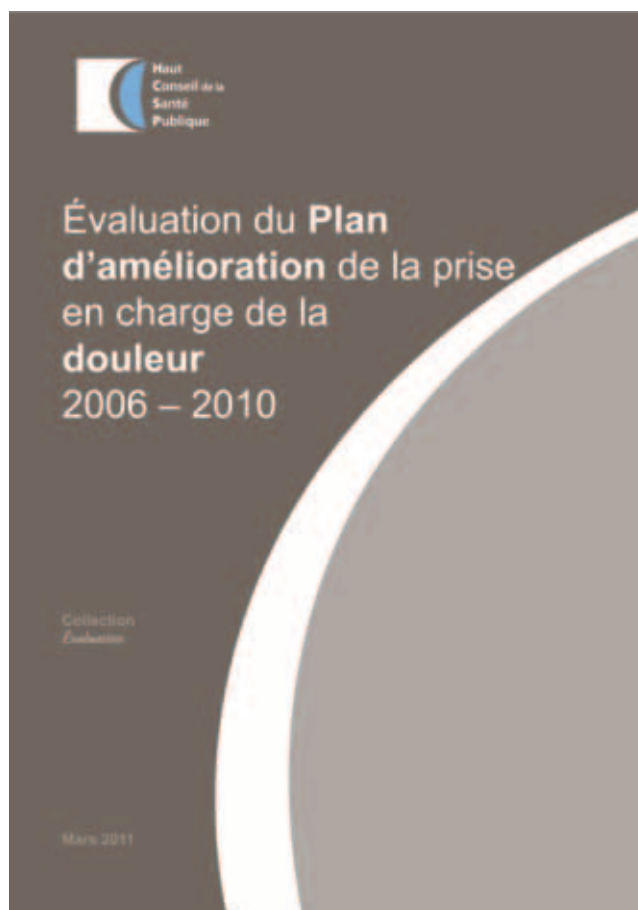
Cependant, les études épidémiologiques réalisées par le Centre national de ressources de lutte contre la douleur ou CNRD (étude Epippain de prévalence des soins douloureux et stressants et des traitements antalgiques administrés en réanimation néonatale et pédiatrique en Île-de-France, et étude Regards de prévalence des actes ressentis comme douloureux et stressants en gériatrie), bien que non spécifiées parmi les mesures du plan, pourront déboucher sur des actions destinées à limiter les douleurs liées aux soins.

En revanche, une évaluation rigoureuse de nombreuses méthodes non pharmacologiques<sup>1</sup> reste à faire. Et pour les thérapies non médicamenteuses dont l'efficacité est reconnue, les obstacles au développement restent encore importants, en l'absence de véritable volonté politique de surmonter l'obstacle principal représenté par les conditions de rémunération imposées par l'Assurance maladie aux professionnels non médicaux.

### Filières de soins

À l'issue du plan, le constat est plutôt celui d'une fragilisation des structures antidouleur. Certaines ont perdu du personnel sous la pression de restructu-

1. Si les effets de la relaxation sur les migraines et les céphalées des enfants sont reconnus, on dispose encore insuffisamment d'études fiables sur les différentes techniques psychocomportementales telles que l'hypnose, la musicothérapie...



Les rapport *Évaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010* est en vente à La Documentation française : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr> et consultable sur le site du HCSP : <http://www.hcsp.fr>

rations hospitalières, d'autres ne se sont jamais vu attribuer les crédits délégués aux établissements. Ainsi, les sommes inscrites au titre du plan, mais financées par des crédits « ordinaires » de l'Assurance maladie, ne sont pas maîtrisables dans le plan. L'accès aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle n'en a été que plus difficile ; les délais d'attente sont longs. La mise à jour du cahier des charges des centres antidouleur a pris un important retard.

Le soutien à la médecine de ville n'a porté que sur le maintien des rares réseaux ville-hôpital existants. En dehors d'une tentative de développement d'outils d'aide au diagnostic de la douleur chronique de la personne âgée en milieu libéral en Île-de-France, il n'y a pas eu de réflexion pour associer la médecine de premier recours. Les réseaux sont restés expérimentaux et ne touchent qu'un très faible nombre de professionnels et très peu de malades. La prise en charge psychologique reste le parent pauvre.

Seul progrès, l'exigence sur la qualité de la prise en charge hospitalière, portée par la Haute Autorité de santé (HAS), semble porter ses fruits. L'accréditation puis la certification, en retenant l'évaluation de la douleur comme une des pratiques exigibles prioritaires, en soutiennent les bonnes pratiques. Les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé (IPAQSS) permettent de mesurer les efforts en matière d'évaluation et de suivi de la douleur. Les évaluations des pratiques professionnelles, notamment à travers les audits ou les staffs en réunion de concertation pluridisciplinaire, sont des outils prometteurs pour créer une dynamique et montrer aux équipes que leur mobilisation est payante.

## Discussion

Dans leur ensemble, les actions du plan se répartissent équitablement en trois catégories : un tiers peuvent être considérées comme des avancées, un tiers ont été utiles mais ont eu un impact insuffisant, et un tiers ont apporté très peu ou n'ont pas été réalisées. La plupart des avancées relèvent d'actions visant à améliorer les conditions de prise en charge de la douleur (formation, élaboration de recommandations, études épidémiologiques) et très peu portent directement sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur proprement dite (structures, personnels, médicaments ou techniques antalgiques...).

Une limite de ce plan est son approche hospitalo-centrée. D'un point de vue financier, plus de 85 % des montants prévus sur les 26,7 millions d'euros du plan ont été affectés aux actions relatives à la filière de soins, destinées à des mesures d'organisation et de ressources uniquement hospitalières.

En conclusion, le troisième plan a eu un impact sur le milieu professionnel hospitalier en termes d'animation ou d'encouragement à l'innovation, mais semble être passé à côté de son objectif d'amélioration de la prise en charge de la douleur pour n'avoir pas assez pris en compte les contraintes exogènes que sont :

- l'organisation et le financement de l'hôpital public ;
- le relatif isolement de la médecine libérale ;
- les limites des incitations en direction de l'industrie pharmaceutique pour développer des nouvelles formes galéniques d'antalgiques et demander des AMM ;
- les conditions de rémunération imposées par l'Assurance maladie aux professionnels médicaux et non médicaux. ■

## Recommandations

À l'issue de l'évaluation, le comité d'experts a souhaité formuler une série de propositions pour la réalisation d'un nouveau plan sur la base de 4 principes, déclinés en 6 axes de recommandations.

Principe 1 : consolider et approfondir les avancées des plans précédents, combler les lacunes dans les deux domaines que sont les douleurs provoquées par les soins et les douleurs chroniques.

Principe 2 : changer de paradigme, c'est-à-dire aller d'une prise en charge et d'un savoir hospitalo-centrés vers une offre et une organisation des soins de ville : proposer une offre de qualité à l'hôpital et en ambulatoire.

Principe 3 : prêter une attention forte aux personnes « dyscommunicantes » : nouveau-nés et très jeunes enfants, malades en réanimation, malades atteints de pathologies psychiatriques, de polyhandicaps, malades atteints de pathologies démentielles.

Principe 4 : élaborer et conduire le futur plan selon des objectifs explicités et des moyens proportionnés (mise en place d'une véritable fonction de pilotage, évaluation d'impact, économique et financière).

Les 6 axes de recommandations sont les suivants :

- Poursuivre la structuration de l'offre de soins, notamment en milieu extrahospitalier ;
- Améliorer la formation et la sensibilisation des professionnels de santé ;
- Apporter une meilleure information au public ;
- Encourager l'attention portée aux enfants, adolescents, personnes âgées, handicapées et personnes souffrant de pathologies psychiatriques ;
- Promouvoir le développement des connaissances (épidémiologie, recherche clinique, évaluation de l'impact) ;
- Améliorer la gouvernance.