



Ouvrage dirigé
par le **Pr Frédéric Aubrun**

Groupe de pilotage
**Frédéric Aubrun, Séverine Conradi,
Aline Le Chevalier, Virginie Piano**

Structures Douleur Chronique en France (SDC)

Guide de Bonnes Pratiques

Éditions Med-line
74, boulevard de l'hôpital
75013 Paris
www.med-line.fr

Structures Douleur Chronique en France (SDC)

Guide de Bonnes Pratiques

© 2019

ISBN : 978-2-84678-272-2

Achévé d'imprimer par Pulsio en Novembre 2019 - Dépôt légal : Novembre 2019.

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable de tout incident ou accident, tant aux personnes qu'aux biens, qui pourrait résulter soit de sa négligence, soit de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions ou idées décrits dans cet ouvrage. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie. Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs ou de leurs ayants droits ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Sommaire

Introduction	9
--------------------	---

Partie 1 : État des lieux

► Chapitre 1

Définition du syndrome douloureux chronique	13
<i>Virginie Piano</i>	

► Chapitre 2

La prise en charge de la douleur est une priorité de Santé Publique	15
<i>Frédéric Aubrun</i>	

► Chapitre 3

Douleur chronique : spécificités de la France en Europe	17
<i>Virginie Piano, Alain Serrie</i>	

► Chapitre 4

Nécessité d'actualiser le référentiel sur les SDC	21
<i>Serge Perrot</i>	

Partie 2 : Organisation des structures spécialisées en douleur chronique et recommandations pour une meilleure pratique

Préambule	27
-----------------	----

Liste des abréviations	29
------------------------------	----

► Chapitre 1

Identification et labellisation des SDC : Centres et Consultations douleur chronique	33
<i>Didier Bouhassira, Aline Le Chevalier, Séverine Conradi, Véronique Barfety-Servignat, Christine Berlemont, Virginie Piano, Jean-Michel Gautier</i>	

► Chapitre 2

Les acteurs de la prise en charge des patients en SDC : leurs rôles et leurs missions	41
<i>Virginie Piano, Aline Le Chevalier, Séverine Conradi, Véronique Barfety-Servignat</i>	

► Chapitre 3

Les bonnes pratiques de l'évaluation et du diagnostic d'une douleur chronique en SDC	57
<i>Serge Perrot, Christine Berlemont, Séverine Conradi, Virginie Piano</i>	

► Chapitre 4

Relations institutionnelles	73
<i>Frédéric Aubrun, Serge Perrot</i>	

▶ Chapitre 5	
Activité d'analgésie ambulatoire en milieu hospitalier	75
<i>Sylvie Rostaing, Nadine Attal, Catherine Karanflovic, Valéria Martinez</i>	
▶ Chapitre 6	
Recommandations professionnelles	
concernant la prise en charge des principales douleurs chroniques non cancéreuses	103
<i>Nadine Attal, Serge Perrot</i>	
▶ Chapitre 7	
Prise en charge des patients atteints de douleur(s) du cancer par les SDC	115
<i>Sophie Laurent, Florence Tiberghien, Claire Delorme, Denis Dupoiron</i>	
▶ Chapitre 8	
Les techniques complémentaires	121
<i>Christine Berlemont, Elisabeth Collin, Séverine Conradi, Aline le Chevalier</i>	
▶ Chapitre 9	
Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)	125
<i>Jean-Michel Gautier, Frédéric Aubrun</i>	
▶ Annexe 1	
Fiche métier « Infirmier Ressource Douleur »	129
▶ Annexe 2	
Fiche métier « Psychologue Douleur »	133
▶ Annexe 3	
Évaluation de la douleur en SDC, Guide de bonnes pratiques SFETD	137
▶ Échelle Visuelle Analogique : EVA	137
▶ Échelle Verbale Simple : EVS	138
▶ Questionnaire Douleur Saint-Antoine : QDSA.....	139
▶ Questionnaire DN4	140
▶ Neuropathic Pain Symptom Inventory : NPSI.....	141
▶ Échelle Doloplus	142
▶ Échelle Algoplus	143
▶ Échelle Comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA)	144
▶ Questionnaire first	145
▶ Échelle HADs Anxiété Dépression	146
▶ Échelle QCD : Questionnaire concis de la douleur	149
▶ HIT-6 : Questionnaire sur l'impact des maux de tête.....	150
▶ Questionnaire MIDAS : Migraine Disability Assessment.....	151
▶ Opioid Risk Tool (ORT)	152
▶ Prescription Opioid Misuse Index (POMI)	152
▶ Échelle d'observance de Morisky.....	153

▶ Échelle d'observance utilisée dans les programmes d'éducation thérapeutique	153
▶ Échelle numérique.....	153
▶ EVA (Échelle Visuelle Analogique) Pédiatrique.....	154
▶ L'échelle des visages (FPS-R : Faces Pain Scale – Revised).....	155
▶ EN (Échelle Numérique).....	156
▶ Schéma du bonhomme en pédiatrie	157
▶ EVENDOL	158
▶ Principales échelles d'hétéro-évaluation chez le nouveau-né, le prématuré et le nourrisson.....	159
▶ DAN Douleur Aiguë du Nourrisson	161
▶ EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né).....	162
▶ HEDEN.....	163
▶ Échelle DEGR.....	164
▶ Échelle d'évaluation de l'enfant dyscommuniquant, en situation de handicap.....	165
▶ Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficiance Intellectuelle.....	166
▶ Échelle Douleur Enfant San Salvador	167
▶ Échelle d'évaluation de la douleur en réanimation	168
▶ Échelle BPS.....	169
▶ Tableau récapitulatif des différentes échelles.....	170

Partie 3 : Innovations depuis toujours, propositions pour demain

Responsable section : *Gérard Mick*

Nom des auteurs : *Nadine Attal, Frédéric Aubrun, Justine Avez-Couturier, Véronique Barfety, Christine Berlemont, Séverine Conradi, Rodrigue Deleens, Claire Delorme, Catherine Karanfilovic, Valéria Martinez, Gérard Mick, Aline Le Chevalier, Isabelle Nègre, Serge Perrot, Virginie Piano, Gisèle Pickering, Sylvie Rostaing.*

1. Le parcours de santé du patient douloureux chronique, enjeu de santé publique	175
1.1. La douleur chronique, au-delà de la pathologie	176
1.2. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie	176
1.3. Le parcours de santé du patient douloureux chronique au cœur des missions des SDC	176
2. La SDC au service du parcours de santé du patient douloureux chronique :	
postures d'aujourd'hui, évolutions pour demain	177
2.1. Le patient et la SDC :	
une co-construction du parcours de santé spécifique à la douleur chronique.....	177
2.2. Les métiers au sein de la SDC	179
2.3. Les compétences des équipes des SDC	184
2.4. La SDC en tant que structure transversale hospitalière	191
2.5. La SDC au cœur du maillage et de la coordination entre acteurs en santé	194

▶ **Annexe 1**

Annexe CODAGE	201
▶ Le codage de l'activité d'hospitalisation en MCO.....	201
▶ Il existe essentiellement trois types de diagnostics	202
▶ La diversité des codes utilisables	203
▶ Et les activités non codables ?.....	204

▶ Les autres voies de valorisation de l'activité.....	204
▶ L'IDE ressource / l'infirmière Ressource Douleur (IRD)	205
▶ Le psychologue.....	205
▶ Annexe 2	
Annexe FORMATION	209
▶ Critères généraux d'identification des SDC indiquant les notions de formation	209
▶ Annexe 3	
Annexe des axes d'amélioration.....	211
▶ AXE 1 : Améliorer l'accès aux consultations dans les SDC et l'information des citoyens	211
▶ AXE 2 : Améliorer la formation des professionnels de santé et du social portant sur la douleur chronique	212
▶ Axe 3 : Améliorer la qualité des soins reçus par les patients.....	212
▶ AXE 4 : Proposer des actions innovantes au service de la douleur chronique	213
▶ AXE 5 : Innover dans l'organisation de la santé dans le domaine de la douleur chronique	213
▶ Rappel sur la description et la valorisation des venues ambulatoires.....	215

Liste des auteurs

Pr Nadine Attal, CETD, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt.

Pr Frédéric Aubrun, Département d'anesthésie réanimation douleur, Groupe Hospitalier Nord – Hospices Civils de Lyon.

Dr Justine Avez-Couturier, CETD, CHU de Lille.

Madame Véronique Barfety-Servignat, Psychologue, Consultation douleur et rhumatologie, CHU de Lille.

Madame Christine Berlemont, Infirmière référente douleur et Directrice administrative de l'école EURIDOL (Graduate School of Pain), Strasbourg.

Pr Didier Bouhassira, INSERM U 987, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt.

Dr Elisabeth Collin, Consultation douleur, Hôpital Avicenne, Bobigny.

Madame Séverine Conradi, Psychologue, CETD, CHRU de Nancy.

Dr Rodrigue Deleens, CETD, Hôpital Charles Nicole, Rouen.

Dr Claire Delorme, CETD, Établissement du Bessin, Bayeux.

Dr Denis Dupoirion, Département d'Anesthésie - Douleur, Institut de Cancérologie de l'Ouest - Paul Papin, Angers.

Monsieur Jean-Michel Gautier, Infirmier Ressource Douleur, Coordination générale des soins, Hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier.

Dr Catherine Karanfilovic, Département d'information médicale, Centre hospitalier de Bligny.

Dr Sophie Laurent, CETD, Institut Gustave Rousse, Villejuif.

Madame Aline Le Chevalier, Infirmière Ressource Douleur, Consultation douleur, CH Avranches-Granville.

Pr Valéria Martinez, Service anesthésie et Consultation douleur, Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP, Garches.

Dr Gérard Mick, CETD, Centre hospitalier de Voiron.

Dr Isabelle Nègre, CETD, Hôpital Bicêtre, AP-HP, Le Kremlin Bicêtre.

Pr Serge Perrot, CETD, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris.

Dr Virginie Piano, CETD, CH de la Dracénie, Draguignan.

Pr Gisèle Pickering, CPC et CIC, INSERM 1405, CHU de Clermont Ferrand.

Dr Sylvie Rostaing, Consultation douleur, Unité fonctionnelle de soins de support en oncologie, Institut Sainte Catherine, Avignon.

Pr Alain Serrie, CETD, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris.

Dr Florence Tiberghien, Unité d'évaluation et de traitement de la douleur, Clinique Saint Vincent de Paul, Bourgoin Jailleux.

Introduction

Structures Douleur Chronique en France (SDC)

Guide de Bonnes Pratiques

La douleur chronique est un enjeu de Société car elle concerne plus de 20 % de la population française. La prise en charge des douleurs par des équipes spécialisées a fait l'objet de recommandations de bonne pratique depuis une vingtaine d'années, successivement par l'ANAES, l'HAS et sous l'impulsion de Sociétés Savantes, principalement la SFETD. La qualité des soins s'est significativement améliorée à l'appui de ces référentiels mais il reste d'importantes marges de progression. Ainsi, dix ans après l'élaboration des critères d'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle par les Autorités sanitaires françaises, il convient de rappeler, après un état des lieux de la prise en charge de la douleur dans notre pays, les recommandations de ces Structures Douleur Chronique (SDC) en intégrant les règles de fonctionnement mais aussi les bonnes pratiques dans l'évaluation, le diagnostic et la stratégie thérapeutique de ces structures. Il est également indispensable de proposer une démarche innovante, basée sur un parcours patient structuré afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacités de ces SDC dont le fonctionnement et le financement doivent être impérativement sanctuarisés à l'instar de nos voisins européens.

Ce travail concerne essentiellement l'adulte. Une réflexion sur le parcours de l'enfant douloureux sera proposée ultérieurement.





Partie 1

État des lieux

► *Chapitre 1*

Définition du syndrome douloureux chronique

Virginie Piano

► *Chapitre 2*

La prise en charge de la douleur est une priorité de Santé Publique

Frédéric Aubrun

► *Chapitre 3*

Douleur chronique : spécificités de la France en Europe

Virginie Piano, Alain Serrie

► *Chapitre 4*

Nécessité d'actualiser le référentiel sur les SDC

Serge Perrot



► Chapitre 1

Définition du syndrome douloureux chronique

Virginie Piano

1. Définition de la douleur

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion. »¹⁻²

La douleur aiguë est une douleur d'apparition récente, quelle que soit son intensité, dont la définition précise fait encore débat.

2. La douleur chronique

La douleur chronique est une douleur qui dure plus de 3 mois malgré un traitement initial bien conduit¹⁻³. On peut considérer le syndrome douloureux chronique comme une maladie en soi. Il s'agit en effet d'un « syndrome multidimensionnel qui, lorsque la douleur exprimée (quelle que soit sa topographie et son intensité) persiste ou réapparaît au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. »³⁻⁴

Le modèle biopsychosocial de maladie proposé pour la première fois par le psychiatre Engel en 1977 a été adapté à la douleur chronique et permet au mieux de prendre en compte la dimension biologique, psychologique, mais aussi sociale et sociétale de la douleur chronique.⁵

Certains signes cliniques doivent alerter le clinicien :

- la résistance à l'analyse clinique et au traitement bien conduit et suivi ;
- la composante anxieuse, dépressive ou toutes autres manifestations psychopathologiques ;
- les interprétations ou croyances du patient éloignées des interprétations du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements.

3. La douleur neuropathique

C'est une douleur liée à une lésion ou une maladie du système somatosensoriel.⁴

4. Facteurs de risques de chronicité douloureuse

Les facteurs de risque de chronicité douloureuse décrits dans la littérature sont notamment :

- génétiques⁶,
- antécédents médicochirurgicaux douloureux⁷,
- des facteurs psychosociaux⁸⁻⁹.

Ceux-ci ont été particulièrement étudiés dans la lombalgie chronique⁷ et incluent notamment les attitudes et croyances, le comportement familial, la régulation émotionnelle, des stratégies de « coping » passives, le type d'activité professionnelle et des facteurs médico-légaux.

5. Principes d'évaluation du syndrome douloureux chronique

L'évaluation de première intention d'un syndrome douloureux chronique comprend :

- l'évaluation des antécédents médico/chirurgicaux personnels et familiaux du patient ;
- un bilan à la recherche des causes de la douleur (entretien, examen clinique, examens complémentaires nécessaires) ;
- une auto-évaluation de son intensité, ou à défaut de participation possible du patient, une hétéro-évaluation adaptée, avec un suivi régulier de l'évolution ;
- une recherche de son retentissement social, scolaire ou professionnel, et économique ;
- une analyse des résultats des traitements antérieurs, médicamenteux ou non ;
- la recherche de troubles anxieux, dépressifs ou de manifestations psychopathologiques induits ou associés, mais aussi des interprétations et croyances du patient.

6. Conclusion

Le syndrome douloureux chronique est une maladie nécessitant une prise en charge spécifique, auprès d'équipes formées adaptées au patient, à son environnement et ses attentes, avec un accompagnement sur le long cours. Une évaluation multidimensionnelle et une prise en charge multidisciplinaire sont essentielles et sont basées sur le modèle « biopsychosocial ».

► Chapitre 2

La prise en charge de la douleur est une priorité de Santé Publique

Frédéric Aubrun

La douleur chronique concerne près d'un français sur cinq. Elle est le premier motif de consultation aux urgences et chez le médecin généraliste. Elle touche toutes les catégories socio-professionnelles, notamment les âges extrêmes de la vie, les personnes vulnérables, les patients souffrant de cancer comme ceux de céphalées ou de fibromyalgie. Moins de 3 % des patients douloureux chroniques bénéficient d'une prise en charge adaptée dans une des structures spécialisées du territoire national.

D'après un rapport de 2011 de l'Académie nationale de médecine des États-Unis, la douleur chronique concerne 116 millions d'adultes soit plus d'un citoyen américain sur trois, avec un coût annuel estimé entre 560 et 635 milliards de dollars.¹⁰

Les enjeux consistent à prévenir mais aussi mieux prendre en charge les patients souffrant de douleurs aiguës (facteurs de risques de chronicisation de la douleur) et de douleurs chroniques rebelles, de manière à réduire les coûts sociétaux.

Depuis 1998, trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédés permettant le développement de structures de lutte contre la douleur (SDC). Leur nombre a fortement progressé passant de 96 en 2001 à 200 cinq ans plus tard. Actuellement, 245 SDC sont labellisées par les Agences Régionales de Santé. Ces structures ont permis de réduire l'errance diagnostique et thérapeutique de millions de français et de soulager les médecins généralistes et spécialistes. La première recommandation du Livre Blanc 2017 pour la douleur réalisé par la SFETD précise qu'il faut « maintenir et consolider le rôle des centres spécialisés dans la prise en charge de la douleur, qui se sont développés au cours des vingt dernières années et ont fait la preuve de leur efficacité ». Or, nombre de ces structures sont désormais en danger.

Ce document répond aux attentes des acteurs de soins et de l'ensemble des personnels impliqués dans les SDC. Il précise le fonctionnement de ces structures, leurs forces et leurs fragilités. Il intègre enfin des recommandations de la SFETD dont la seule finalité est de pérenniser ces structures devenues indispensables à la prise en charge de la douleur chronique, véritable défi de Santé Publique dans notre pays.

La prise en compte de la douleur est un enjeu de Société car elle constitue un des premiers postes budgétaires en Santé Publique. Il s'agit donc d'un indicateur de santé efficient.

► Chapitre 3

Douleur chronique : spécificités de la France en Europe

Virginie Piano, Alain Serrie

La France a été pionnière dans la prise en charge de la douleur et notamment de la douleur chronique par rapport à d'autres pays développés. Ce chapitre présente les données de la France comparées à l'Europe concernant : l'épidémiologie, l'enseignement et l'organisation de la prise en charge de la douleur.¹¹

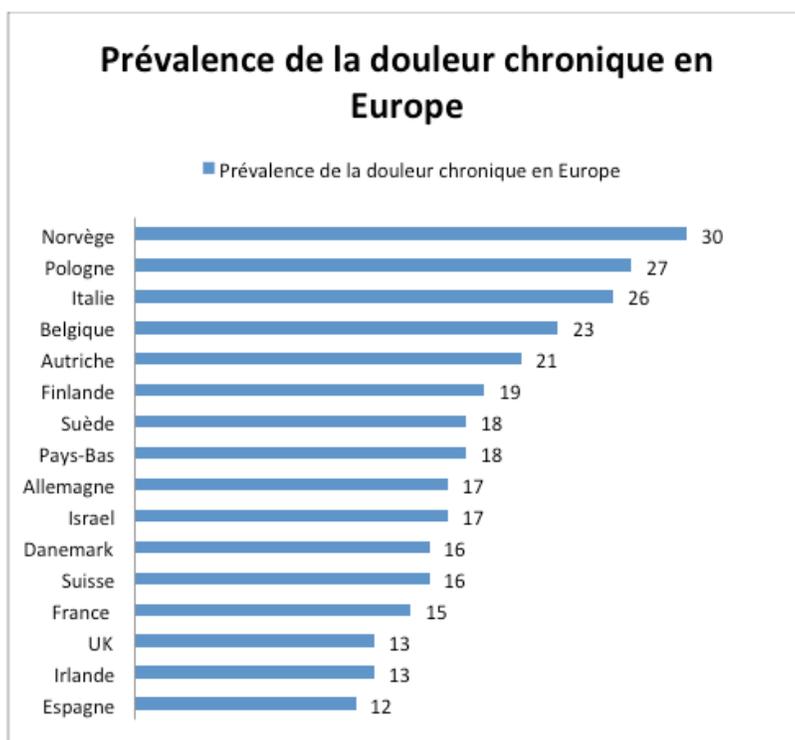
1. Épidémiologie de la douleur

1. 1. Epidémiologie de la douleur chronique en Europe

Il existe peu d'études européennes sur l'épidémiologie de la douleur chronique en général¹¹⁻¹³. Les études réalisées divergent notamment sur les critères de définition de la douleur chronique¹³. L'étude européenne la plus importante à ce jour montre qu'au sein des 37 pays membres de l'European Pain Federation (EFIC), 20 % de la population souffrent de douleur chronique ce qui représente **150 millions de personnes en Europe** (Figure 1).¹² Entre 2 et 8 % des Européens présentent des douleurs d'intensité sévère nécessitant une prise en charge spécifique.¹³ Le pourcentage du produit national brut dépensé dans les systèmes de soins nationaux et les coûts socioéconomiques associés à la douleur en Europe était de **3 à 10 %** en 2006.¹⁴⁻¹⁶ L'impact sur la productivité est aussi important : **19 % de patients douloureux ont perdu leur emploi** et ont un lourd **retentissement émotionnel**.^{1,16-17}

La **prévalence de la douleur en Europe** est estimée entre **9 et 40 %** selon la définition de la douleur chronique avec une moyenne de 20 %¹⁰⁻¹².

Les études réalisées dans plusieurs pays Européens font état de taux de prévalence variable selon les critères utilisés pour définir la douleur chronique dans ces études, allant de 7 % pour une étude épidémiologique réalisée en Espagne, à 36,7 % pour l'observatoire national de la douleur au Portugal¹⁸⁻²⁰. L'étude CHANGE PAIN en 2008 réalisée en Grande-Bretagne, France, Italie, Espagne et Allemagne retrouve une prévalence de patients douloureux chroniques de seulement 8,85 %¹⁵⁻²².



D'après Breivik et al, *Eur J Pain*, 2006 : 287-333.

1. 2. Epidémiologie de la douleur chronique en France

La douleur chronique concerne **31,7 % des français** quelle que soit son intensité, et 19,9 % des Français pour la douleur modérée à sévère, ce qui représente **13 millions de personnes au total**.²³ La moitié des sujets ont moins de 50 ans et de ce fait, sont en arrêt maladie prolongée ou en invalidité. Il y a aussi un impact économique : absentéisme au travail, puis arrêt de travail aboutissant à l'invalidité, incapacité des sujets à assumer leurs rôles familiaux et sociaux³.

1. 3. Enseignement de la douleur en Europe

La reconnaissance de la douleur en tant que spécialité ou « sur-spécialité » prend des formes très différentes selon les pays et de la formation délivrée. La douleur est reconnue et déclarée comme une spécialité à part entière en Suède, en Turquie, en Slovaquie, en Tchéquie, en Irlande et Israël.²⁻³

Au sein de la **formation initiale**, l'enseignement est peu développé: seules quatre facultés de Médecine en Europe délivrent un enseignement obligatoire sanctionné par un contrôle écrit des connaissances. L'Advancing the Provision of Pain Education and Learning (APPEAL) study montre que deux pays font exception : l'Allemagne et la France, avec un contenu pédagogique et un volume horaire standardisés.²⁴ D'autres pays déclarent un enseignement au sein de la formation initiale des études médicales : Bulgarie, Croatie, Finlande, Lettonie, Lituanie, Italie,

Roumanie, Slovaquie, Suède, Turquie. Selon les données relevées par le Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur (COEGD) en 2005, seuls trois pays déclarent que cette formation est obligatoire : Bulgarie, Finlande, Italie. Mais en France la formation initiale douleur est désormais obligatoire.

Concernant la **formation continue**, le Royal College of Anaesthetists (RCA 2003) et en 2008 la « Federal Medical Chamber » d'Allemagne reconnaissent la douleur comme une « subspecialty » de l'anesthésie. D'autres initiatives, développées et validées par des sociétés scientifiques et reconnues par les ministères de la santé respectifs ont été réalisées en Allemagne, aux USA et en Serbie.³

1. 4. Enseignement de la douleur en France

La France est une référence en enseignement et en démarche qualité pour la douleur.²⁵ La recherche fondamentale, translationnelle et clinique est bien implantée, permettant notamment de développer des recommandations de bonnes pratiques de qualité.²⁶ Elle est aussi précurseur dans l'enseignement de la douleur. C'est en France, en 1985, que le premier enseignement de la douleur au monde (110 heures de cours) a vu le jour sous la forme d'une attestation d'études supérieures puis d'un Diplôme d'Université (DU) délivré par la Faculté de Médecine Lariboisière Vuillemin Paris VII. Parmi les pays Européens, **seule la France a une formation diplômante complète** comportant un volume d'enseignement théorique et pratique sur deux ans.²⁶⁻²⁷ La France possède aussi une **formation spécifique** pour les infirmiers et a permis la création du référentiel de l'« **infirmier ressource douleur** », inexistant en Europe. Enfin, la France accueille de nombreux étudiants et chercheurs étrangers qui se forment de plus en plus dans nos structures et laboratoires de recherche en douleur.

1. 5. Organisation des structures de prise en charge de la douleur

L'association internationale pour l'étude de la douleur (**International Association for the Study of Pain, IASP**) a proposé des recommandations concernant l'organisation des structures de la douleur chronique en 2009 en insistant sur l'importance de la multidisciplinarité.²⁸ Les recommandations excluent la douleur post-opératoire ou post-traumatique. Quatre types d'organisations sont proposées :

- des **cliniques spécialisées dans une modalité thérapeutique** particulière (blocs nerveux, biofeedback) ;
- les **cliniques de la douleur** spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique mais sans prise en charge pluridisciplinaire ;
- les **équipes multidisciplinaires de la douleur** : celles ci assurent l'évaluation et le traitement de la douleur chronique et cancéreuse avec au moins trois médecins de spécialité différente, des professionnels non médicaux : infirmier, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistant social... Il doit y avoir au moins un psychologue ou psychiatre dans l'équipe. Le personnel doit être formé spécifiquement. Les équipes doivent fonctionner en pluridisciplinarité, disposer de locaux propres, assurer une garde pour les urgences, s'adresser à des patients hospitalisés ou ambulatoires ;

- **les centres multidisciplinaires de la douleur** ont les mêmes missions que les équipes mais sont associés à une école de médecine, pratiquent un enseignement aux professionnels de santé et participent à la recherche.

En **Belgique**, il existe deux niveaux de prise en charge de la douleur chronique (recommandations de bonne pratique belge 2011)^{7,18}:

- les équipes multidisciplinaires de la douleur chronique ;
- les centres de référence multidisciplinaires de la douleur chronique dont sept sont adossés à une université.

En **Grande-Bretagne**, 86 % des hôpitaux proposent des services pour la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique en ambulatoire ou en hospitalisation. Cependant, seuls 25 % sont réellement pluridisciplinaires : un service sur quatre a une infirmière, deux sur trois ont un psychologue, un sur trois a un kinésithérapeute, un sur deux a un ergothérapeute et 7 % ont accès à un pharmacien. Seuls 30 % des centres disposent de locaux réservés. Le rapport du Clinical Standards Advisory Group (CSAG) estime que 83 % des centres sont sous-financés (rapport CSAG, 2000).²⁹

En **Allemagne**, la prise en charge de la douleur chronique est réalisée en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour et en ambulatoire avec de grandes disparités régionales.³⁰ Il existait en 2008 environ 545 structures pour 600 000 patients douloureux chronique, 2/3 étaient dirigée par un anesthésiste et 1/3 d'entre elles avait un psychologue. Il existe dans cette organisation un manque de pluridisciplinarité. Les données épidémiologiques solides sont pauvres mais soulignent un manque de structures multidisciplinaires spécialisées et de professionnels formés.³¹

En **Italie**, la loi 38/2010 portant sur les « mesures visant à assurer l'accès aux soins palliatifs et au traitement de la douleur » propose une commission nationale qui gère trois réseaux distincts : soins palliatifs, douleur chronique et douleur chez l'enfant.³²

La France propose une prise en charge unique portée par **un réseau de structures spécialisées** avec du **personnel formé à proximité** de la population, **d'évaluation, de diagnostic et de prise en charge** permettant le suivi. Elle propose notamment :

- des **parcours de soins de proximité** pour les patients souffrant de douleur chronique avec un certain nombre de consultations pluridisciplinaires (infirmière, psychologue, kinésithérapeute) et discussions de techniques particulières (infiltration, neurostimulation, etc.) ;
- **avec un personnel formé** (obligation légale) ;
- des **consultations de synthèse pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires** permettent une évaluation multidimensionnelle de la douleur et proposent un **projet thérapeutique personnalisé** au médecin traitant. Elle est donc proche des recommandations proposées par l'IASP.

Au total : Bien que les enjeux soient identiques pour l'ensemble des pays européens, les problématiques peuvent différer et les moyens mis en œuvre très différents.

En France, l'organisation des soins en douleur chronique, l'enseignement et la recherche sont historiquement moteurs dans la dynamique Européenne et doit impérativement le rester. La médecine de la douleur y est désormais reconnue comme une discipline universitaire.

► Chapitre 4

Nécessité d'actualiser le référentiel sur les SDC

Serge Perrot

Les SDC prennent en charge des patients douloureux chroniques complexes, souvent au terme d'un parcours de soin compliqué, et après de nombreuses tentatives thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Dans ce contexte l'approche des structures de la douleur est centrée sur la multidisciplinarité, mais aussi sur des approches spécifiques, qui sont parfois hors AMM ou fondées sur des données qui demandent encore une validation de plus haut niveau de preuve.

Dans ce contexte, la SFETD a décidé de réaliser le guide des bonnes pratiques des structures de la douleur chronique, pour harmoniser les pratiques de soin parfois hétérogènes, développer une médecine de la douleur de qualité basée sur des preuves, des avis d'expert, des retours d'expérience. Ce travail doit constituer un socle pour les cliniciens leur permettant d'implémenter des études ciblées sur le manque de données qui concernent certaines pratiques.

Le référentiel permettra ainsi aux tutelles d'améliorer sa visibilité dans l'évaluation des pratiques. Il existe en effet un certain nombre de contrôles auprès de SDC qui visent à évaluer les pratiques mais aussi leur valorisation financière. En l'absence de document précis, il est difficile pour les tutelles mais aussi pour les structures de se positionner dans ces contrôles de l'Assurance Maladie.

Le référentiel des pratiques est indispensable à toute spécialité, pour asseoir sa crédibilité scientifique, mais aussi sa place dans les soins cliniques, et également sa valorisation financière auprès des tutelles administratives et de remboursements. Une véritable Médecine de la Douleur doit donc s'appuyer sur un référentiel de bonnes pratiques, référentiel amené à évoluer au cours du temps en fonction des avancées de la science, des modifications des organisations.

► Références

1. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandation pour la pratique : « Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient ». Décembre 2008. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
2. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain-terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl.* 1986; 3:S1-226.
3. Sanders SH, Harden RN, Vicente PJ. Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. *Pain Pract.* 2005 Dec;5(4):303-15
4. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, Hansson P, Hughes R, Nurmikko T, Serra J. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology.* 2008 Apr 29;70(18):1630-5.
5. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
6. Mogil JS. Are we getting anywhere in human pain genetics? *Pain.* 2009 Dec;146(3):231-2.
7. Rollman GB, Abdel-Shaheed J, Gillespie JM, Jones KS. Does past pain influence current pain: biological and psychosocial models of sex differences. *Eur J Pain.* 2004 Oct;8(5):427-33.
8. Miller RM, Kaiser RS. Psychological Characteristics of Chronic Pain: a Review of Current Evidence and Assessment Tools to Enhance Treatment. *Curr Pain Headache Rep.* 2018 Mar 14;22(3):22. doi: 10.1007/s11916-018-0663-y. Review
9. Ip HY, Abrishami A, Peng PW, Wong J, Chung F. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology.* 2009 Sep;111(3):657-77. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181aae87a.
10. Relieving Pain in America. A blueprint for transforming prevention care, education, and research. The national Academies Press. Washington DC. www.nap.edu; 2011 Relieving Pain in America. A blueprint for transforming prevention care, education, and research. The national Academies Press. Washington DC. www.nap.edu; 2011.
11. Pain alliance : <https://www.pae-eu.eu>.
12. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006;10: 287-333.
13. Reid K.L, Harker J, Balla MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, *et al.* Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin.* 2011; 27(2):449–462.
14. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Molina JT, De Andres J, Castellón JR. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Med Econ.* 2011;14(3):367-80.
15. Varrassi G, Müller-Schwefe GH. The international CHANGE PAIN physician survey: does specialism influence the perception of pain and its treatment? *Curr Med Res Opin.*; 2012; 28(5); 823-831
16. Raftery MN, Ryan P, Normand C, Murphy AW, de la Harpe D, McGuire BE. The economic cost of chronic noncancer pain in Ireland: results from the PRIME study, part 2. *J Pain.* 2012 Feb;13(2):139-45.
17. Collett B. The burden of chronic pain. *Curr Med Res Opin.*; 27(10); 2011; 2065-2066.

18. Berquin A, Grisart J. To prescribe or not to prescribe...(in chronic pain and elsewhere...)? *Ann. Phys. Rehabil. Med.* 2011 Nov;54(8):465-77. doi: 10.1016/j.rehab.2011.09.008. Epub 2011 Oct 11.
19. Raftery MN, Sarma K, Murphy AW, De la Harpe D, Normand C, McGuire BE. Chronic pain in the Republic of Ireland--community prevalence, psychosocial profile and predictors of pain-related disability: results from the Prevalence, Impact and Cost of Chronic Pain (PRIME) study, part 1. *Pain.* 2011 May;152(5):1096-103.
20. Bekkering GE, Bala MM, Reid K, Kellen E, Harker J, Riemsma R, Huygen FJ, Kleijnen J. Epidemiology of chronic pain and its treatment in The Netherlands. *Neth J Med.* 2011 Mar;69(3):141-53.
21. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain.* 2012 Aug;13(8):773-83. doi: 10.1016/j.jpain.2012.05.012.
22. Wolff R, Clar C, Lerch C, Kleijnen J. [Epidemiology of chronic non-malignant pain in Germany]. *Schmerz.* 2011 Feb;25(1):26-44. doi: 10.1007/s00482-010-1011-2.
23. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain.* 2008;136(3):380-7.
24. Briggs E., V., Battelli D., Gordon D. et al. 2015. Current pain education within undergraduate medical studies across Europe : l'Advancing the Provision of Pain Education and Learning (APPEAL) study. *BMJ Open*, 10, e0069884.
25. Livre blanc de structures douleur, SFETD, 2015.
www.sfetd-douleur.org/livre-blanc-sfetd-des-structures-de-la-douleur-en-france-2015
26. Piano V, Schalkwijk A, Burgers J, Verhagen S, Kress H, Hekster Y, Lanteri-Minet M, Engels Y, Vissers K. Guidelines for neuropathic pain management in patients with cancer: a European survey and comparison. *Pain Pract.* 2013 Jun;13(5):349-57.
27. Core curriculum for the european diploma in pain medicine www.pae-eu.eu.
European Diploma in Pain Medicine (EDPM) - European Pain. <https://europeanpainfederation.eu> › Education › Pain Exams.
28. IASP.
Pain Clinic Guidelines--2009. Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment. www.iasp-pain.org/Education.
29. Royal college of anaesthesiologists. Core Standards for Pain Management Services in the UK, 2015.
30. Lindena G, *et al.* [Pain treatment facilities in Germany. Ambulatory, day care and inpatient facilities for patients with chronic pain]. *Schmerz.* 2004 Feb;18(1):10-6.
31. Dietl M, Korczak D. Over-, under- and misuse of pain treatment in Germany. *GMS Health Technol Assess.* 2011 Apr 19;7:Doc03. doi: 10.3205/hta000094.
32. Fanelli G, Gensini G, Canonico PL, Delle Fave G, Lora Aprile P, Mandelli A, Nicolosi G. [Pain in Italy. Background examination. Operative proposals]. *Recenti Prog Med.* 2012 Apr;103(4):133-41. doi: 10.1701/1068.11703.



Partie 2

Organisation des structures spécialisées en douleur chronique et recommandations pour une meilleure pratique

► *Chapitre 1*

Identification et labellisation des SDC : Centres et Consultations douleur chronique

Didier Bouhassira, Aline Le Chevalier, Séverine Conradi, Véronique Barfety-Servignat, Christine Berlemont, Virginie Piano, Jean-Michel Gautier

► *Chapitre 2*

Les acteurs de la prise en charge des patients en SDC : leurs rôles et leurs missions

Virginie Piano, Aline Le Chevalier, Séverine Conradi, Véronique Barfety-Servignat

► *Chapitre 3*

Les bonnes pratiques de l'évaluation et du diagnostic d'une douleur chronique en SDC

Serge Perrot, Christine Berlemont, Séverine Conradi, Virginie Piano

► *Chapitre 4*

Relations institutionnelles

Frédéric Aubrun, Serge Perrot

► *Chapitre 5*

Activité d'analgésie ambulatoire en milieu hospitalier

Sylvie Rostaing, Nadine Attal, Catherine Karanfilovic, Valéria Martinez

► *Chapitre 6*

Recommandations professionnelles concernant la prise en charge des principales douleurs chroniques non cancéreuses

Nadine Attal, Serge Perrot

▶ **Chapitre 7**

Prise en charge des patients atteints de douleur(s) du cancer par les SDC

Sophie Laurent, Florence Tiberghien, Claire Delorme

▶ **Chapitre 8**

Les techniques complémentaires

Christine Berlemont, Elisabeth Collin, Séverine Conradi, Aline le Chevalier

▶ **Chapitre 9**

Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

Jean-Michel Gautier, Frédéric Aubrun

Préambule

Les recommandations proposées dans cette section font référence pour un certain nombre d'entre elles à des textes réglementaires publiés par les Agences et Autorités sanitaires sur la douleur, en concertation avec la SFETD. Elles correspondent également, notamment en ce qui concerne les stratégies thérapeutiques dans les HDJ, à des avis d'experts qui ont travaillé à partir des données de la littérature. Toutefois, la faiblesse des niveaux de preuve de la littérature sur certains traitements n'a pas permis l'emploi de la méthode GRADE[®] pour la rédaction de recommandations fortes. Néanmoins, il est apparu indispensable que la SFETD précise certaines règles de bonne pratique dans l'utilisation de médicaments ou de techniques qui peuvent incontestablement apporter un soulagement pour des patients ayant bénéficié auparavant et sans succès des thérapeutiques conventionnelles. Ces traitements proposés par les experts peuvent également engendrer des effets indésirables et donc nécessiter des modalités de surveillance et des précautions d'utilisation qui ne peuvent être contestées.



Liste des abréviations

TABLEAU DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS PMSI

ACE : Activité et Consultation Externe
act.: activité
AFSOS : Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
APE (forfait) : Forfait « administration de produits en environnement hospitalier » : pour les spécialités pharmaceutiques de la réserve hospitalière inscrites sur la liste en sus
AP2 (forfait) : Forfait « administration de produits en environnement hospitalier » : pour les spécialités pharmaceutiques de la réserve hospitalière hors liste en sus
ARS : Agence Régionale de Santé
ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu
ATCD : Antécédent
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation
BHN : actes de Biologie Hors Nomenclature
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CETD : Centre d'Évaluation et Traitement de la Douleur
CIM (10) : Classification Internationale des Maladies (10ème révision)
CME : Commission Médicale d'Établissement
CNEDiMITS : Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé
CRH : Compte-Rendu d'Hospitalisation
cs spé: certaines consultations spécialisées
DAS : Diagnostic Associé Significatif
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins (au ministère des solidarités et de la santé)
DIAG : diagnostic
DIM : Département d'Information Médicale
DMI : Dispositif Médical Implantable
DP : Diagnostic Principal

DPI : Dossier patient Informatisé
DR : Diagnostic relié
E : Entrée
EFR : Examen Fonctionnel Respiratoire
EM : Equipe Mobile
EM AB: équipe mobile de microbiologie clinique
EMLA : « Eutectic Mixture of Local Anesthetics»: crème ou patch contenant de la lidocaïne et prilocaïne
endo: endoscopie
ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FFT(S) : ForFaiT(S)
FichComp : Fichier Complémentaire
FichSup : Fichier Supplémentaire
Fic-UM : Fichier des Unités Médicales
FPI : Forfait de Prestation Intermédiaire
GAP : Gestion Administrative des Patients
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjour
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HDLM: Histoire De La Maladie
HDJ : Hôpital de jour – Hospitalisation de jour
HOP'EN : programme HOPital numérique ouvert sur son Environnement
ICR : Indice du Cout Relatif / Indice de Complexité Relatif
IFAQ : Incitation Financière à la Qualité
IGS (2) : Indice de Gravité Simplifié (2ème version)
IPAQSS : Indicateur pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
J0 : jour 0
MCO(O) : Médecine, Chirurgie, Obstétrique (Odontologie) : pour désigner les disciplines médicales de court séjour
MERRI : Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MO, MOL, MON, MOLON : Molécule Onéreuse
MT (acte) : Médico-Technique (acte)
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NMDA (récepteur) : récepteurs N-Méthyl-D-Aspartate
PHN : Actes d'anatomo-pathologie Hors Nomenclature
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PO : Prélèvement d'Organe
PPCO : Primo-Prescription de Chimiothérapie par voie Orale
RCP : Résumé des Caractéristique du Produit

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RH : Réserve Hospitalière
RIHN : Référentiel des actes Innovants Hors Nomenclature
RSF : Résumé Standardisé de Facturation
RSS : Résumé de Sortie Standardisé
rTms : Stimulation magnétique transcranienne répétitive
RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation
RUM : Résumé d'Unité Médicale
S : Sortie
SDC : Structure Douleur Chronique
SE (forfait) : Forfait « sécurité environnement »
SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
SIH : Système d'Information Hospitalier
SMR : Servie Médical Rendu
SoFIMe : Société Francophone de l'Information Médicale
SPall : Soins Palliatifs
T2A, TAA : Tarification A l'Activité
TRPV1 : Transient Receptor Potential Vanilloïde 1 (récepteur ionotrope activé par des molécules de la famille des vanilloïdes)
TTT : TraiTemenT

► Chapitre 1

Identification et labellisation des Structures douleur chronique (SDC) : Centres et Consultations douleur chronique

*Didier Bouhassira, Aline Le Chevalier, Séverine Conradi, Véronique Barfety-Servignat,
Christine Berlemont, Virginie Piano, Jean-Michel Gautier*

1. Un cahier des charges permettant l'obtention d'une labellisation

Les SDC ont été identifiées dès 1994 avec une labellisation en 2001 et répondent à un cahier des charges précis et défini par la DGOS en collaboration avec les professionnels. Plusieurs adaptations ont eu lieu depuis, avec notamment une première étape en 2011, en retenant deux niveaux de labellisation : centre et consultation, au lieu des trois initialement proposé (consultation, unité, centre).

Une nouvelle vague d'identification (labellisation) des SDC a eu lieu en janvier 2017 pour une durée de cinq ans. Les grands principes du cahier des charges et des critères d'identification des SDC, publiés en 2011, restent en vigueur. Toutes les SDC doivent être rattachées à un établissement de santé public ou privé. Elles doivent être polyvalentes (c'est-à-dire être en capacité de traiter l'ensemble des patients au moyen d'une offre de soins diversifiée), à l'exception de celles hébergées dans des établissements de santé déjà spécialisés (cancérologie, rhumatologie, pédiatrie, gériatrie). De plus, elles peuvent être dotées d'expertises spécifiques : pour certaines populations de patients (pédiatrique par exemple), pour certaines techniques antalgiques (neuromodulation par exemple), pour certaines pathologies douloureuses (cancer par exemple) et être alors recensées en tant que telles, afin de participer à la définition de filières de prises en charge (**Tableau 1**).

Pour la campagne d'identification de 2017, de nouveaux critères plus exigeants concernant la participation à l'enseignement et à la recherche ont été retenus pour les SDC de type « centre ». Ces nouveaux critères sont destinés à garantir l'existence d'une réelle plus-value des centres pour les prises en charge les plus complexes. En outre, les centres ont une mission de formation des professionnels de santé et doivent donc être impliqués activement dans l'enseignement et la recherche (**Tableau 2**).

TABLEAU 1 : CRITÈRES D'IDENTIFICATION DES SDC (2011)

Rappel des critères généraux d'identification des SDC en 12 points :

1. Les SDC sont sous la responsabilité d'un **médecin diplômé douleur** (Capacité douleur ou DESC « médecine de la douleur et médecine palliative » - orientation douleur).
2. Le temps médical cumulé d'une structure est **d'au moins 5 demi-journées par semaine**. Le médecin responsable assure au minimum 3 demi-journées par semaine dédiées à la globalité de son activité douleur chronique (c'est-à-dire soin, mais aussi coordination administrative, communication, enseignement et formation, recherche, etc...).
3. **Le temps cumulé minimal** en personnels non médicaux (IDE + psychologue + secrétaire) **est de 1,5 ETP**. Une formation universitaire dans le domaine de la douleur est requise pour l'IDE, elle est souhaitée pour le psychologue. **La traçabilité des actes** infirmiers et des consultations de psychologue est assurée. La structure doit pouvoir faire appel aux compétences d'une assistante sociale, ou d'autres personnels paramédicaux.
4. L'activité de la structure est **d'au moins 500 consultations externes par an**. De plus la traçabilité des nouveaux patients et de la file active est assurée.
5. Il existe une **permanence téléphonique du lundi au vendredi avec numéro d'appel dédié** et plage d'appel identifiée.
6. La pratique des différents professionnels de la structure nécessite des **locaux regroupés ; l'unité de lieu est requise**.
7. **La structure est ouverte vers l'extérieur**, ce qui inclut : l'information du médecin traitant et des professionnels correspondants libéraux ; la collaboration avec les associations de patients ; la coopération et le partage de compétences avec tous les professionnels de santé de proximité ou institutions, notamment HAD, SSIAD, EHPAD et secteur médico-social.
8. **La structure est lisible au sein de son établissement** d'appartenance. Les patients pris en charge au sein de l'établissement ont accès à la structure. **La structure participe aux consultations internes, à la formation interne, à l'amélioration de la prise en charge des patients douloureux hospitalisés** (avis, protocoles, indicateurs de qualité...).
9. La structure garantit une **prise en charge pluriprofessionnelle** aux patients, en se dotant au minimum d'un temps de médecin formé, d'IDE et de psychologue et/ou de psychiatre. Un temps de secrétariat dédié est nécessaire.
10. La structure doit pouvoir bénéficier **d'avis spécialisés** dans les disciplines suivantes : neurologie, rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, psychiatrie, pharmacologie, anesthésie etc.. Ces avis peuvent être obtenus auprès de professionnels extérieurs à la structure, dans le cadre d'un partenariat formalisé. **Ils doivent être tracés dans le dossier du patient**.
11. Les professionnels de la structure élaborent un projet thérapeutique personnalisé par patient grâce à une **réunion de synthèse pluriprofessionnelle RSP** (a minima médecin + IDE + psychologue), formalisée et tracée dans le dossier du patient. Les cas complexes sont présentés en réunion de **concertation pluridisciplinaire RCP**, organisée au sein de la structure ou mise en œuvre par un Centre d'étude et de traitement de la douleur ou une organisation recensée par l'ARS, y compris en mettant en œuvre **des moyens de télémedecine**.
12. Les consultations sont des SDC aux missions simplifiées. Elles regroupent médecin, IDE, psychologue et assurent une **prise en charge pluriprofessionnelle** en lien avec l'offre de premier recours. Les centres assurant une prise en charge médicale pluridisciplinaire, sont dotés d'un accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation, et assurent en outre des **missions d'enseignement et de recherche**.

TABLEAU 2 : CRITÈRES D'IDENTIFICATION DES SDC (2017)

Nouveaux critères de distinction entre centres et consultations

Dorénavant les structures douleur chronique (SDC) de type « centre » devront, en plus des critères ci-dessus, répondre aux conditions cumulatives 1 et 2 suivantes :

- 1. Réaliser au moins une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) par mois** (il s'agit de réunions rassemblant au moins 3 médecins de spécialités différentes et autres professionnels de soins et destinées à examiner les situations les plus complexes y compris les cas adressés par d'autres SDC).
- 2. ET au moins une des deux conditions :**
 - Coordonner ou avoir la responsabilité pédagogique d'un diplôme universitaire clairement identifié « douleur » (DU, DIU, Capacité, DESC/FST, UE5).
 - Réaliser une activité de recherche, formalisée par des publications référencées dans PubMed. Un minimum de 3 publications sur les 5 dernières années est requis.

✓ RECOMMANDATION 1

L'obtention de la labellisation « SDC » est indispensable et nécessaire pour utiliser le terme de structure douleur chronique (SDC = consultation ou centre). La labellisation est le garant d'une prise en charge de qualité. Les critères de labellisation de 2011 et de 2017 sont les fondements du fonctionnement des SDC. Accord fort

2. Fondement de base : la pluri-professionnalité et la pluridisciplinarité œuvrant vers l'interdisciplinarité

Le cahier des charges imposé à l'ensemble des SDC donne pour cadre de fonctionnement:

- Une équipe pluri professionnelle, avec au minimum : un médecin, un infirmier, un psychologue.
- La collaboration avec les soignants habituels du patient est requise (médecin traitant, médecins spécialistes, médecin du travail, kinésithérapeute, psychologue, infirmier..) et les partenaires sociaux.
- Une réunion de synthèse est nécessaire pour l'établissement du projet thérapeutique.

L'équipe pluridisciplinaire renvoie à la notion d'un même groupe professionnel où les individus d'expertises ou de disciplines différentes ont des compétences complémentaires avec leurs aspects techniques spécifiques. L'équipe est pluri professionnelle lorsqu'elle réunit des professionnels de métiers différents autour d'un même travail ou d'un projet. Ce fonctionnement en équipe pluri professionnelle est déterminant car les parcours de santé des patients douloureux chroniques sont régulièrement des modèles d'échec en matière de partages d'informations et de concertations entre les différents acteurs du soin. Ces dysfonctionnements fréquents peuvent être iatrogènes et participer à la chronicisation. La compréhension et la prise en charge du patient douloureux chronique requièrent de développer des compétences diverses afin d'appréhender l'expérience de la maladie chronique et de comprendre le patient. La prise en charge est plus large que celle du symptôme qui est souvent l'expression limitée d'un phénomène bio-psycho-socio-professionnel.

La HAS, énonce « qu’afin d’améliorer la prise en charge des maladies chroniques, une meilleure coordination des professionnels entre eux devient un objectif majeur, sans renoncer aux exigences prioritaires des bonnes pratiques. Cette approche constitue un prérequis pour la qualité et l’efficacité des soins, en ayant recours au bon moment à chaque compétence professionnelle médicale, soignante et sociale, réduisant ce faisant des dépenses mal orientées ou inadéquates ». L’évaluation pluri professionnelle et la concertation entre professionnels permettent de proposer des objectifs cohérents de prise en charge d’une personne présentant une douleur chronique de manière à éviter des propositions de soins qui s’empilent sans projet thérapeutique.

✓ **RECOMMANDATION 2**

Il est recommandé de garantir le principe de la pluri-professionnalité et de la pluri-disciplinarité des consultations et des centres ainsi que dans le cadre des réunions de concertations. Accord fort

3. Structures exclusivement pédiatriques

Le médecin responsable de cette SDC doit posséder la double valence proposée en critère 3 de l’annexe 3 de l’instruction de mai 2011 à savoir :

1. Valence douleur

- DESC médecine de la douleur et médecine palliative, ou
- capacité d’évaluation et traitement de la douleur.

2. ET valence pédiatrique

- DES de pédiatrie ou
- expérience en médecine de l’enfant et de l’adolescent d’au moins trois ans à temps plein, ou durée équivalente à temps partiel.

La SDC exclusivement pédiatrique réalise au moins une RCP par mois. Il est recommandé la mise en place de RCP pédiatriques régionales voire interrégionales, et de RCP mixtes (adulte-pédiatrique) notamment pour la transition des patients de la pédiatrie vers la médecine d’adulte. Au moins une SDC exclusivement pédiatrique est requise par région.

Les structures adultes peuvent accueillir des enfants et adolescents en première intention. Il est souhaité que ce type de prise en charge soit assuré par des médecins ayant la double valence douleur et pédiatrie. Il est recommandé que tout médecin possédant cette double valence puisse réaliser des permanences pédiatriques au sein de SDC adultes, en s’intégrant dans le contexte pluri-professionnel de cette SDC d’accueil (Instruction DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l’appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016).

✓ RECOMMANDATION 3

Il est recommandé de développer la transition de la prise en charge des enfants, suivis en structure pédiatrique qui passent vers une structure adulte. Il faut toutefois respecter les spécificités cliniques liées à l'âge, à la maladie et à l'évolution du patient.



Argument : La clinique de la douleur de l'enfant apporte des spécificités qui ne sont pas transposables à l'adulte et inversement. Si on prend l'exemple de la drépanocytose qui touche en France un nouveau-né sur 2200 (1-4) (les régions les plus touchées étant l'Île de France et les DOM), selon Habibi *et al.*, « les douleurs aiguës représentent le motif le plus fréquent de recours au soin. Ce sont des douleurs essentiellement osseuses, plus rarement articulaires, très intenses, comparées à celle d'une fracture osseuse. L'intensité, la répétition, le caractère angoissant et imprévisible des crises douloureuses entraînent un retentissement fonctionnel majeur. Le retentissement psychologique est d'autant plus fort que la douleur est sous-estimée par les soignants ». Or, l'âge médian de décès de ces patients a doublé en 20 ans et les enfants devenus adultes présentent toujours cette souffrance très spécifique à leur maladie et qui doit être prise en charge par du personnel qualifié.

► Références

1. Guitton C. La drépanocytose de l'adolescence à l'âge adulte. *Enfances et psy* 2014 ; 64 : 100-108.
2. <https://www.cochrane.org/.../psychotherapies-pour-le-traitement-de-la-drepanocytose> 12 may 2015, Anie KA, Green J
3. Darbari DS, Brandow AM. Pain-measurement tools in sickle cell disease: where are we now? *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2017 Dec 8;2017(1):534-541. doi: 10.1182/asheducation-2017.1.534.
4. Habibi A, Arlet JB, Stankovic K, Gellen-Dautremer J, Ribeil JA, Bartolucci P, Lionnet F; centre de référence maladies rares « syndromes drépanocytaires majeurs ». [French guidelines for the management of adult sickle cell disease: 2015 update]. *Rev Med Interne*. 2015 May 11;36(5 Suppl 1):S53-84. doi: 10.1016/S0248-8663(15)60002-9.

4. Maillage territorial ou une réponse à la logique de territoire

Cette question est essentielle pour répondre aux contraintes actuelles. Entre logique de moyens, contraintes géographiques ou régionales et accessibilité aux soins, la notion de maillage territorial est souvent complexe à rendre efficiente sur le terrain.

De nombreux efforts ont été fournis pour permettre à tout citoyen en France de bénéficier de soins spécifiques et de techniques avancées pour soulager sa douleur chronique. Il s'agit d'une prise en charge majoritairement dans le secteur public et permettant l'accès aux techniques les plus innovantes si nécessaire. Tout citoyen devrait pouvoir bénéficier des derniers traitements disponibles via la recherche clinique. Enfin, les SDC ont participé à la rédaction des recommandations et notamment aux recommandations de la HAS portant sur la prise en charge dans les structures.

La question du maillage territorial est abordée dans les différents cahiers des charges avec comme principes annoncés par la DGOS :

- Au moins une SDC de type « Centre » est souhaitée par région. Au niveau national, on retrouve environ 70 % de consultations et 30 % de centres parmi les SDC.
- Il est rappelé qu'il ne sera pas financé, au titre de la MIG, les SDC polyvalentes d'activité inférieure à 1 000 consultations médicales externes annuelles (soit moins de 400 patients en file active), lorsque celle-ci est située à moins d'une heure de transport d'une autre SDC polyvalente.
- S'il existe une proximité géographique, deux possibilités sont évoquées :
 - Soit la mise en place de permanences avancées (accueillies au sein d'autres établissements de santé ou pôles ou centres de santé ou maisons de santé pluridisciplinaires) comme proposée dans l'instruction du 16/05/2011 REF : Instruction n° DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016. [Ministère des solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16_06/ste_20160006_0000_0072](http://Ministere.des.solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16_06/ste_20160006_0000_0072).
 - Soit, en zone urbaine, la mutualisation des équipes existantes qui seront à regrouper au sein d'une SDC polyvalente unique répondant au cahier des charges et cumulant une activité supérieure à 1 000 consultations médicales externes annuelles (soit plus de 400 patients en file active).

Malheureusement, sur le terrain persistent des difficultés majeures :

- Une augmentation de l'éloignement géographique entre les patients et les SDC (fermeture de consultations ou diminution des capacités d'accueil).
- Parmi les patients souffrant de douleur chronique, un tiers sont des personnes âgées, ne pouvant pas toujours se déplacer ou des personnes en situation de handicap important ou invalidant le déplacement.
- Les modifications à venir en termes de professionnels formés avec des départs à la retraite de la moitié des effectifs dans les deux à cinq années à venir, la diminution drastique des infirmiers et des psychologues dans les SDC, ainsi que des secrétaires, ce qui menacent la pérennité de ce fonctionnement.
- Le regroupement des régions avec des territoires de taille inégale n'est pas nécessairement un critère d'efficacité. Un des risques est de fragiliser certaines SDC par la sur-fréquentation ou de complexifier l'accès aux soins des patients douloureux chroniques éloignés de certains centres.
- De plus, le nouveau découpage en plus grandes régions aggrave le manque de moyens : perte de proximité de la structure et augmentation du délai de prise en charge.
- La logique des nouvelles régions ne répond donc pas toujours aux besoins de la population.

5. Biais du financement global des SDC

• Problématiques financières

Les structures douleur bénéficient d'un financement MIG dont le calcul est basé sur la valorisation de la consultation médicale uniquement (consultations spécialisées longues et consultation de suivi) mais qui prend en charge tous les coûts de la structure. Le poids de l'activité et la pérennité de la structure reposent donc sur l'activité médicale, parfois d'un seul praticien avec un risque de l'épuisement et de la cessation d'activité au cas où il ne peut la poursuivre (maternité, maladie, décès...).

Le financement étant attaché à l'activité médicale externe, il n'est pas rare de privilégier le recrutement de personnels médicaux à celui des personnels non médicaux.

Avec une MIG allouée annuellement sans revalorisation et la non valorisation des consultations et actes des psychologues et des infirmiers notamment, les structures sont menacées. Les ARS répartissent les MIG entre les établissements et chaque établissement est en charge de les allouer à la SDC : il n'est pas toujours facile pour le responsable de la SDC d'avoir une visibilité sur le financement de sa structure.

Circulaire DGOS du 19/02/2013

MIG spécifique pour les SDC

Dotation visant à compenser les surcoûts

- MIG spécifique pour les SDC servent à « financer les coûts liés aux activités de consultation spécialisées longues et pluriprofessionnelles » et à compenser les surcoûts portés par les RCP, la formation et l'information, la mise en œuvre de traitements et techniques thérapeutiques « réadaptatives » ainsi que l'organisation d'une collaboration avec la médecine de ville et les autres établissements de santé, la participation aux activités de recueil épidémiologique, la coordination d'activités d'enseignement et de recherche.
- Frais de structure (locaux, gestion du personnel ...)
- Consultations longues pluri-professionnelles ou pluridisciplinaires
- Formation et Information
- Traitements et techniques thérapeutiques réadaptatives
- Organisation collaboration avec médecine de ville et autres établissements de santé
- Participation aux activités de recueil épidémiologique

• Problématiques liées aux activités spécifiques des structures

Parmi les activités spécifiques, les professionnels médicaux et non médicaux des SDC assurent les consultations internes et répondent aux demandes d'avis des services d'hospitalisation conventionnelle. Elles sont prévues dans la MIG comme cité plus haut mais non valorisées puisque le calcul de la MIG est basé sur le nombre de consultations externes (et la file active des patients). De même, les consultations et actes externes des personnels non médicaux (psychologues, infirmiers, kinésithérapeutes ...) ne sont pas toujours tracés, ne relèvent d'aucune cotation et ne sont donc pas valorisés. De même, certaines ARS n'exigent aucune traçabilité des actes. Par ailleurs, un des modes de financement des SDC en dehors de la MIG concerne l'activité T2A de l'hôpital de jour (quand celui-ci existe et quand il est rattaché à la SDC). Or cette activité T2A risque de disparaître suite aux récentes annonces gouvernementales. L'activité rattachée à l'établissement (gestion des CLUD, implication dans les certifications, participation à la formation continue des soignants...) reste une mission institutionnelle supplémentaire et indispensable dont le temps qu'elle nécessite n'est pas valorisée.

• Problématiques liées au recrutement de professionnels formés

Les équipes des SDC ont souvent à faire face à la mutualisation et/ou au non-respect des postes dédiés: partage du temps douleur sur plusieurs postes, expertise du poste peu prise en compte (diplôme douleur, compétences en cliniques de la douleur...) notamment dans le cadre du recrutement.

La crainte de postes non pourvus est aussi en lien avec l'enseignement : pas assez de médecins formés, départs en retraite nombreux et attractivité modérée du poste, inquiètent tout autant que le financement.

En pratique clinique et devant l'augmentation importante de la prise en charge à moyens constants, les délais d'attente avant le premier rendez-vous s'allongent (en moyenne, il est actuellement d'environ 4 mois), jusqu'à parfois ne plus accueillir de nouveaux patients sur l'année en cours.

Développer de nouvelles prises en charge devient tout autant difficile en l'absence de personnels, lieux, temps et formations dédiés. Le cas de l'éducation thérapeutique est éclairant: inscrite au cœur de la pratique des structures, elle est bénéfique au patient dans son autonomisation. Cependant, le temps consacré à sa mise en œuvre, l'absence de valorisation ciblée pour la SDC et le faible nombre de programmes douleur chronique validés par l'ARS, découragent plus d'une structure douleur.

✓ RECOMMANDATION 4

Il est recommandé de reconsidérer le calcul du financement des SDC en intégrant des paramètres liés par exemple à la complexité des patients, à l'importance de la file active et au caractère pluridisciplinaire et pluriprofessionnel de la structure.

✓ RECOMMANDATION 5

Il est recommandé que l'annuaire des SDC labellisées soit très largement diffusé notamment par les ARS avec la mise en œuvre complémentaire de leviers de communication tels que la diffusion de fascicules ou organisation de plateformes auprès des bassins de population.

► Chapitre 2

Les acteurs de la prise en charge des patients en SDC : leurs rôles et leurs missions

Virginie Piano, Aline Le Chevalier, Séverine Conradi, Véronique Barfety-Servignat

La spécificité de la prise en charge dans les SDC réside dans son organisation pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Au moins deux professionnels de santé collaborent à évaluer la douleur du patient et lui proposer une prise en charge globale et personnalisée. Cette consultation prend du temps et doit respecter un cadre organisationnel: avis pluri-professionnel, avis pluridisciplinaire, évaluation multidimensionnelle, concertation en équipe et proposition d'un projet thérapeutique personnalisé (1). Le patient est adressé par la suite vers le médecin traitant et/ou le médecin demandeur de la consultation, mais une éventuelle orientation vers une structure plus spécialisée, un suivi en ville ou en milieu hospitalier sont également envisageables (1). Il existe un maillage (certes imparfait) du territoire national permettant un accès à une SDC. La liste des établissements figure sur le site du ministère de la santé (2).

Cependant, afin de pouvoir réaliser une prise en charge de qualité, il est nécessaire d'avoir du personnel formé, en nombre suffisant et présent à proximité du domicile du patient (1). En effet, le délai de consultation peut atteindre selon les SDC plus de 6 mois et les trajets pour les patients peuvent dépasser une heure pour accéder à une SDC (3). La modification du découpage territorial a accentué cette disparité entre les régions et a induit de nombreuses modifications des organisations au sein des ARS et donc une nouvelle répartition des SDC au sein de ces nouvelles régions.

L'objet de ce chapitre est de présenter l'offre des SDC en France au 1^{er} janvier 2018, de décrire le rôle des différents acteurs en SDC : médecin, infirmier, psychologue, secrétaire et autres professionnels.

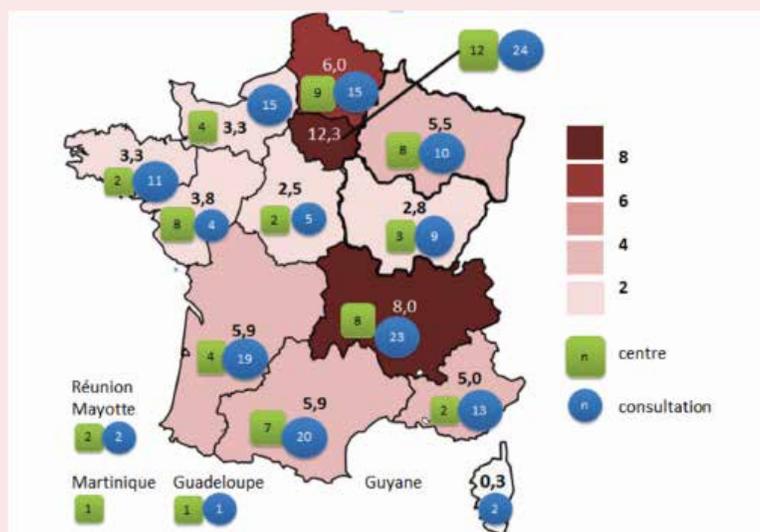
La méthodologie a consisté en une revue de la littérature des recommandations portant sur l'organisation de la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique en France (1999 et 2009)(1,3), aux Etats Unis (2010) (4), en Belgique (2011) (3), en Ecosse (2013)(6) et en Angleterre (2015)(7). Une revue de la littérature portant sur l'organisation des structures douleur chronique entre 2016 et 2018 a été également réalisée sur Pubmed. Les conclusions de ces recommandations sont présentées dans ce chapitre.

1. La répartition géographique

La figure 1 et le Tableau 3 reprennent la démographie en regard du nombre de centres et consultations SDC selon les données de l'INSEE au 1^{er} janvier 2018.

TABLEAU 3 : RECENSEMENT DES SDC EN FRANCE				
Régions	Nombre d'habitants	Nombre de centres douleur	Nombre de consultations douleur	Nombre de permanences avancées
Auvergne-Rhône-Alpes	8 037 059	8	23	0
Bourgogne-Franche-Comté	2 813 289	3	9	6
Bretagne	3 336 643	2	11	0
Centre-Val-de-Loire	2 582 522	2	5	2
Corse	337 796	0	2	0
Grand Est	5 548 090	8	10	2
Haut-de-France	6 023 336	9	15	0
Île-de-France	12 246 234	11	24	4
Normandie	3 342 467	4	15	0
Nouvelle-Aquitaine	5 994 336	4	19	9
Occitanie	5 903 190	7	20	0
Pays de la Loire	3 787 411	8	4	0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5 065 723	2	13	0
Guadeloupe	390 704	1	1	0
Martinique	371 246	1	0	0
Guyane	281 612	0	0	0
La Réunion	865 826	2	2	0
Mayotte	259 154	0	0	0
Total	67 186 638	72	173	23

Figure 1 : Nombre de centre et de consultation Structure Douleur Chronique en France rapportée à la démographie au 1^{er} janvier 2018



2. L'organisation en équipe : le rôle des acteurs

Le temps dédié à l'activité dans les SDC est défini dans la circulaire et correspond à un financement pour 500 consultations : 0,6 ETP de médecin, 1,5 ETP non médical plus 13,3 % de charges indirectes (8). Ce forfait de base est complété au prorata des files actives déclarées pour un total national de 61,1 M € en 2017. La circulaire ne détaille pas la proportion en ETP du temps non médical qui peut être du temps infirmier, psychologue, secrétaire ou autre (aide-soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, socio-esthéticienne...).

Les recommandations HAS de 2009 ont permis d'analyser la répartition des personnels non médicaux en SDC, présentée en tableau 4 (3).

TABLEAU 4 : RÉPARTITION DES PERSONNELS NON MÉDICAUX DANS LES SDC D'APRÈS LES RECOMMANDATIONS DE 2009 ³ .			
Personnel médical	Consultations SDC(%)*	Unités** SDC (%)*	Centres SDC (%)*
Aide-soignant	8	22	50
Infirmier dont cadre	77	85	100
Kinésithérapeute	26	22	55
Psychologue	65	76	80
Secrétaire	78	93	100
Travailleur social	10	15	50
Autres	14	20	25

* Pourcentage du nombre de structures en 2009 au sein desquelles cette profession est présente.

** Les unités ont été supprimées de l'organisation des SDC lors de la labellisation de 2011.

Dans tous les établissements, avec ou sans SDC, un comité de lutte contre la douleur (CLUD) est présent. Il est formé de personnel médical, paramédical ou non médical, ayant reçu ou non une formation douleur, pour proposer des protocoles de prise en charge de la douleur, organiser la formation des agents, implanter la culture douleur au sein de l'établissement, aider au recueil des indicateurs IPAQSS portant sur la douleur mais aussi pour donner des avis concernant l'évaluation de la douleur dans les services selon les organisations. Ces professionnels peuvent ou non faire partie de la SDC quand elle existe sur l'établissement. Le CLUD est un groupe de réflexion et propositions, appelé à travailler en collaboration effective et permanente avec les services cliniques, la pharmacie, la Direction de l'établissement, la CMEL, la structure douleur chronique (SDC)

Les missions du CLUD :

- Définir et proposer les mesures, orientations et actions, adaptées à la situation locale de l'établissement, inscrites dans le projet d'établissement, dans les contrats de pôle, dans les projets de service.
- Assurer un rôle d'observatoire dans l'établissement.
- Définir les modalités de suivi des actions menées.
- Participer à l'information des patients sur les modalités de prise en charge de la douleur dans l'établissement, sur les soins de support, sur les droits des patients en fin de vie.
- Favoriser la réalisation d'enquêtes de satisfaction auprès des patients.

- Aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et non médicaux de l'établissement.
- Susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur : démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).
- Respecter les actions d'évaluation requises par la Haute Autorité de Santé, selon la procédure de Certification établie dans tous les établissements de santé (article L6113-3 du code de santé publique) qui a pour objectif de favoriser l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins délivrés.
- Produire un rapport annuel d'activité.

2. 1. L'accueil

Les recommandations étudiées et la revue de la littérature ne décrivent pas un rôle particulier pour la secrétaire d'une SDC. Dans les recommandations HAS de 2009, les experts analysaient la proportion des SDC qui possédait du temps de secrétariat spécifiquement dédié, soit 78 % des consultations et 100 % des centres (3). D'autre part, le livre blanc de la SFETD de 2017 souligne l'importance de l'accueil par une secrétaire formée spécifiquement dédiée à la SDC : « Une bonne connaissance de la douleur chronique et de ses enjeux, une faculté d'écoute attentive des patients par les secrétaires permettent à celles-ci de mieux saisir la nature et l'urgence de la demande des patients. Le fait de disposer de secrétaires dédiées aux SDC et travaillant dans le même lieu que les médecins permet d'assurer de façon optimale cette régulation » (9).

La secrétaire a un rôle clé et bien défini car elle va avoir un rôle d'accueil du patient mais aussi de hiérarchisation de l'accès à la consultation (3). Par exemple, dans le cadre d'une procédure de service, elle est formée à reconnaître certaines pathologies devant bénéficier d'une consultation en urgence telles qu'une algie vasculaire de la face ou les douleurs d'un cancer actif. Elle oriente vers les structures de proximité du domicile du patient quand elles existent. Il s'agit d'une étape importante. Les travaux récents proposent un coupe-file afin de réduire le délai de consultation pour les pathologies nécessitant une prise en charge plus rapide (10). Cependant, de plus en plus d'établissements proposent un secrétariat mutualisé et donc une perte de ces compétences spécifiques. Cela amène aussi à un glissement des tâches, les infirmières réalisant les plannings et organisant certaines consultations.

✓ RECOMMANDATION 6

Il est recommandé que du temps identifié de secrétariat soit alloué à une SDC. Ce temps doit être proportionnel à l'activité de cette structure.

✓ RECOMMANDATION 7

La secrétaire a une fonction fondamentale permettant d'orienter au mieux le patient, dans son rôle de premier contact avec celui-ci. En lien avec les soignants, elle peut participer à l'évaluation des critères d'urgence justifiant un coupe-file et à l'orientation du patient auprès d'une SDC alternative de proximité de son domicile.

2. 2. Les médecins de la douleur

2. 2. 1. Formation initiale

Les médecins participants à la consultation en SDC viennent de spécialités différentes inscrites au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins et possèdent au minimum un diplôme universitaire de prise en charge de la douleur chronique.

Les médecins responsables d'un centre SDC doivent être titulaires d'une capacité d'évaluation et de traitement de la douleur ou d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires portant sur la douleur chronique (temps de formation de 2 ans). Le socle commun de savoir et de compétences porte sur « une vision multidimensionnelle de la douleur ».

2. 2. 2. Répartition des médecins par spécialité

Les recommandations françaises de 2009 faisaient l'état des lieux des personnels médicaux dans les SDC (Tableau 5) (3). Cependant, depuis 2007, l'ouverture du diplôme d'études complémentaires spécialisées (DESC), portant sur la douleur chronique et la médecine palliative, a modifié l'organisation des SDC avec une part de plus en plus importante de médecins généralistes formés en douleur. Actuellement, la répartition des spécialités médicales au sein des structures fait apparaître une proportion importante d'anesthésistes et de médecins généralistes. Les psychiatres, peu nombreux et à temps partiel, font que la prise en charge psychique est assurée dans un grand nombre de structures par des psychologues. Les pédiatres ou les médecins habilités exercent dans les structures identifiées pour l'enfant. Le médecin coordinateur veille à l'exercice de cette pluridisciplinarité et pluri-professionnalité.

TABLEAU 5 : RÉPARTITION DES MÉDECINS SELON LEURS SPÉCIALITÉS DANS LES SDC D'APRÈS LES RECOMMANDATIONS DE 2009. ³			
Personnel médical	Consultations SDC(%)*	Unités** SDC (%)*	Centres SDC (%)*
Anesthésiste	71	89	70
Généraliste	18	22	50
Interniste	2	20	20
Neurologue	49	69	95
Psychiatre	61	75	90
Rhumatologue	45	44	80
Autres ***	65	80	95

* Pourcentage du nombre de structures en 2009 au sein desquelles cette spécialité est présente.

** Les unités ont été supprimées de l'organisation des SDC lors de la labellisation de 2011.

*** Médecin de médecine physique et réadaptation, pédiatre, gériatre, acupuncteur, spécialiste de soins palliatifs

2. 2. 3. Missions

Les recommandations

Il est précisé dans les recommandations américaines de 2010, que la prise en charge de la douleur est assurée principalement par les anesthésistes et les autres médecins spécialistes de médecine de la douleur (4). Néanmoins, tous n'ont pas accès aux mêmes connaissances et savoir-faire (4). Ils peuvent se servir des ressources d'autres médecins, infirmiers et professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la douleur. Il n'y a pas de description spécifique du rôle du médecin de la douleur mais plutôt de l'évaluation. La recommandation belge propose une formation théorique complète (tous les aspects de l'évaluation, du traitement et du suivi de la douleur chronique), une formation technique (selon le diplôme initial de spécialisation) pour les actes techniques de prise en charge de la douleur et, l'identification des comorbidités du patient souffrant de douleur chronique pour une application des techniques psychothérapeutiques (5). Les recommandations écossaises insistent sur le fait qu'un délai de consultation supérieur à 6 mois est médicalement inacceptable (grade B) (4). Seules les recommandations anglaises sont très précises sur le rôle du médecin en SDC, les voici résumées :

- La consultation uni-professionnelle n'est plus un modèle approprié pour la prise en charge de la douleur. L'équipe multidisciplinaire travaille de façon rapprochée avec le médecin pour offrir au patient les meilleures pratiques de soins et doit être appliquée dans toutes les structures de douleur chronique ;
- Les services de douleur aiguë doivent avoir un référent et le support d'un personnel formé avec l'allocation de ressources humaines suffisante pour remplir efficacement cette mission,
- Les médecins ont un rôle central dans l'évaluation des patients et pour proposer des stratégies thérapeutiques ; ils supervisent l'évaluation et le plan thérapeutique délivrés par les autres membres de l'équipe douleur ;
- Les médecins contribuent au développement de leur service, engagent les négociations auprès de la direction ;
- La faculté de médecine a le devoir de sauvegarder les principes professionnels et les comportements afin de tendre vers une médecine de qualité et les soins les meilleurs pour le patient. Un document doit décrire le contenu et la composition des stages lors de la formation en douleur avec un temps minimum de stages pratiques et d'heures de cours ;
- Les SDC ne peuvent remplir leur rôle efficacement sans un personnel infirmier, de secrétariat et administratif suffisant ;
- Il est reconnu que travailler en médecine de la douleur peut s'avérer éprouvant et être à risque de *burnout*. Il est encouragé de prévenir ces situations par des plans de prévention surtout chez les jeunes consultants et par des réunions de supervision (comme les groupes Balint) ;
- Les médecins consultant en médecine de la douleur pédiatrique et pour la transition entre les services d'adolescents aux adultes doivent posséder les compétences de médecine pédiatrique et de douleur selon les recommandations de la faculté de médecine.

Les experts ayant rédigé le livre blanc de la douleur de la SFETD de 2017 insistent sur la nécessité pour les médecins de posséder des compétences en enseignement et en recherche. Ils promeuvent la culture douleur. Cette « culture commune, en plus de leur spécialité d'origine, leur permet d'avoir une expertise à la fois globale et spécifique dans leur domaine de compétence (expertise et accès à des techniques spécialisées), de partager les savoirs, de collaborer et de travailler en équipe et avec le médecin traitant, d'offrir une pratique multidisciplinaire » (3).

✓ RECOMMANDATION 8

Il est recommandé que le médecin exerçant en SDC soit spécifiquement formé et compétent en médecine de la douleur et travaille en équipe pluri-professionnelle. En effet, la consultation uni-professionnelle n'est pas un modèle adapté pour la prise en charge des patients douloureux complexes. Le médecin doit par conséquent veiller à la pluri-professionnalité et à la pluridisciplinarité de l'équipe dans laquelle il exerce et/ou dont il a la responsabilité. Accord fort

✓ RECOMMANDATION 9

Le médecin a un rôle de coordination des évaluations, de l'élaboration du projet thérapeutique réalisé en équipe, et de son déroulement. Il fait le lien, pour une bonne coordination clinique de proximité, avec les services spécialisés, coordination nécessaire à une bonne prise en charge de la douleur. Accord fort

✓ RECOMMANDATION 10

Une évaluation des risques psychosociaux au sein d'une SDC est recommandée du fait des risques élevés qui peuvent concerner l'ensemble du personnel, en particulier pour les jeunes consultants. Des plans de prévention des risques psychosociaux peuvent comporter des groupes de supervision tels que les groupes BALINT ou des groupes d'analyse des pratiques.

3. L'infirmière ressource douleur (IRD)

Aline Le Chevalier et Commission professionnelle infirmière de la SFETD

3. 1. Développement de la profession d'Infirmier Ressource Douleur (IRD)

Les structures spécialisées dans la prise en charge des douleurs chroniques se sont développées pour permettre une approche globale du patient (soin, prise en compte du patient dans son milieu familial, social et professionnel, réinsertion) grâce à une prise en charge pluri-professionnelle, et aux approches conjointes de spécialistes complémentaires. Ces structures sont constituées de professionnels de santé de différentes disciplines et de différentes professions dont la discipline infirmière.

Une première circulaire ministérielle datée de 1994 (Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques) permettait de définir les critères organisationnels de prise en charge de la douleur chronique et les objectifs à laquelle elle devait répondre. Trois niveaux d'organisation étaient proposés :

- Equipes mobiles d'intervention pluridisciplinaire prenant en charge des patients souffrant de douleurs chroniques ; ces équipes intervenaient en consultation externe de 1^{re} ligne ou consultation de 2^e ligne à la demande des services d'hospitalisation ;
- Equipes pouvant disposer ou accéder à des lits d'hospitalisation au sein des services de l'établissement ;
- Equipes hospitalo-universitaire de référence avec une mission de soins, de recherche et d'enseignement.

C'est ainsi que progressivement les infirmiers ont intégré des postes fonctionnels au sein de ces structures spécialisées ou des postes en mission transversale au sein d'un établissement. L'intégration de ces professionnels dans les équipes pluriprofessionnelles leur ont permis d'acquérir des compétences et responsabilités nouvelles et de développer une expertise dans le champ de la douleur.

Très rapidement, les infirmiers vont structurer leurs savoirs et feront émerger leur identité propre (Infirmier Ressource Douleur : IRD), en s'engageant également dans le suivi de formations complémentaires (diplôme universitaire de prise en charge de la douleur, formation à la clinique infirmière, formation aux méthodes psychocorporelles (hypnose, sophrologie, etc.).

Cette nouvelle identité et l'autonomie professionnelle ainsi renforcée vont permettre à ces professionnels de sortir de l'identification à des modèles médicaux afin de s'individualiser davantage à partir de modèles infirmiers.

Cette construction des savoirs disciplinaires permet à l'IRD de s'investir dans :

- **son champ de compétence biomédicale (sur prescription) :**

L'infirmier exerce un rôle sur prescription médicale au sein duquel il applique ladite prescription en mobilisant ses connaissances issues des sciences biomédicales (anatomie, physiopathologie, pharmacologie) et en développant des habiletés techniques rigoureuses.

- **son champ de compétence en collaboration :**

L'infirmier exerce un rôle de collaboration, interdépendant, englobant toute la surveillance de l'évolution de la pathologie douloureuse chronique et des effets secondaires des traitements prescrits. Les interventions posées par l'infirmière relèvent autant du champ biomédical que de son champ propre (en autonomie).

- **son champ de compétence autonome :**

L'infirmier exerce un rôle propre, indépendant vis-à-vis du médecin, où le centre de son intervention est la prise en charge globale du patient douloureux chronique qui est considéré dans ses dimensions biopsychosociales et ses réactions d'adaptation dans son contexte d'appartenance. L'infirmier va mobiliser ses connaissances approfondies issues des sciences infirmières, utiliser des modèles conceptuels infirmiers et développer des habiletés relationnelles.

C'est ainsi que l'infirmier va formaliser une consultation infirmière dans une approche systémique du patient douloureux chronique. Dans ce contexte-là, la prescription médicale décide d'une « intervention infirmière » et non de la nature des actes que l'infirmier est amené à dispenser.

3.2. La consultation infirmière

La consultation infirmière, telle que décrite dans le référentiel de l'IRD (http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3349/Infirmiers/Referentiel/referentiel_activites_consultation_clinique_-_version_finale) de la SFETD, se décline selon 3 modèles :

- La consultation de 1^{ère} ligne /1^{er} recours : l'IRD voit le patient directement adressé par le médecin traitant ou spécialiste avant le médecin de la SDC.
- La consultation de 1^{ère} ligne /2^{ème} recours : l'IRD voit le patient adressé par le médecin de la SDC.
- La consultation de 2^{ème} ligne : l'IRD répond à la sollicitation d'une équipe soignante pour un patient hospitalisé.

Quel que soit le modèle sur lequel la consultation infirmière est saisie, les temps de consultations sont identiques et se déclinent comme suit :

- Une consultation initiale d'évaluation qui permet de recueillir des éléments sur la douleur et sa prise en charge, sur les retentissements de celle-ci sur la qualité de vie, et sur les attentes du patient. A l'issue de cette consultation, l'IRD peut formuler des diagnostics infirmiers, apporter de nouveaux éléments pouvant compléter le diagnostic médical et faire des propositions de prise en charge infirmière.
- Une ou plusieurs consultations de suivi comportant des actes infirmiers : les consultations de suivi permettent une réévaluation permanente de la situation du patient et la mise en place d'actes infirmiers sur prescription ou relevant de son rôle autonome notamment les techniques psychocorporelles très utilisées en consultation infirmière. De même, il participe au développement de la dimension éducative du patient en l'intégrant le cas échéant dans des programmes d'éducation thérapeutique.
- Une consultation de clôture qui permet d'évaluer les résultats de la prise en charge

En collaboration avec l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de la douleur, l'IRD intervient en sa qualité de personne ressource auprès des équipes soignantes et auprès des patients et de son entourage. L'IRD par ses compétences propres apporte une expertise dans la prise en charge du patient et est à même d'orienter le patient vers les autres professionnels de la prise en charge de la douleur au sein de la SDC, en fonction des besoins ressentis. Ainsi il participe activement à l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins du patient douloureux.

La consultation infirmière n'est qu'une partie spécifique de l'exercice de l'IRD. En effet, l'IRD développe quatre activités qui demandent de l'expertise et du temps.

3. 3. Les activités de l'IRD

- Activités cliniques auprès des patients :
 - De consultations développées ci-dessus : initiale, de suivi avec actes infirmiers et de clôture ;
 - Avec des groupes de patients ;
 - Suivi des patients en hospitalisation ;
 - En l'absence du patient : RCP, synthèse, réunion clinique, staff, transmissions, gestion de dossiers, travail de liaison et de coordination.
- Activités afférentes aux soins :
 - Tâches administratives (gestion de matériel, rendez-vous, bilan d'activités, participation au projet de service et à l'élaboration de protocoles, collaboration avec les services administratifs, courriels, appels téléphoniques...).
- Participation aux instances de l'établissement (CLUD, Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), Groupe qualité et au développement de la culture de prise en charge de la douleur dans les services ;
- Collaboration avec d'autres établissements au sein des groupements hospitaliers de territoire GHT mais aussi en lien avec les professionnels libéraux ;
- Activités de formation :
 - Participation à la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
 - Développement professionnel continu de l'IRD.
- Activités de recherche :
 - Participation au projet de recherche clinique ou organisationnel ;
 - Initiation et conduite de projet de recherche en soins infirmiers ;
 - Publications et communications orales.

3. 4. Diplômes, formations et expériences requises pour des IRD

- Titulaire du Diplôme d'Etat Infirmier ou Infirmier spécialisé (IADE, Puériculture)
- Diplôme (Inter-) Universitaire de Prise en Charge de la Douleur
- Master en pratiques avancées (ou formation équivalente) en douleur
- Formations complémentaires souhaitées : techniques cognitivo-comportementales, techniques psychocorporelles, éducation thérapeutique
- Expérience clinique de 5 années en établissement de santé

➔ Voir Annexe 1 fiche métier IRD

✓ RECOMMANDATION 11

L'IRD est un infirmier doté d'une expertise et d'une compétence unique par une formation universitaire validante, qui lui permet de prendre en charge un patient douloureux chronique sur prescription médicale, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire ou en autonomie. Pour les SDC pédiatrique, il est attendu que l'IRD ait une expérience pédiatrique, voire le DE de Puériculture.

✓ RECOMMANDATION 12

L'IRD contribue à la prise en charge du patient douloureux par ses activités cliniques de consultation que ce soit en 1ère ligne/ 1er recours, 1ère ligne/2ème recours ou 2ème ligne. Le temps clinique de l'IRD doit permettre :

- une première consultation d'évaluation indispensable au recueil d'informations pour poser un diagnostic infirmier, participer au diagnostic médical et participer à la stratégie thérapeutique ;
- des consultations de suivi pour mettre en œuvre les actes infirmiers autonomes dans le cadre de protocoles de soins ou sur prescription médicale ;
- une consultation finale afin d'évaluer la prise en charge. **Accord fort**

✓ RECOMMANDATION 13

Outre son rôle clinique et d'éducation thérapeutique en SDC et dans les unités de soins (au sein d'une équipe mobile), l'IRD a également une mission de formation, d'enseignement, de recherche et d'organisation au sein de la SDC. **Accord fort**

4. La profession de psychologue

Véronique Barfety-Servignat, Séverine Conradi

D'abord pluridisciplinaire, les recommandations HAS (11) se sont attachées par la suite à la pluri professionnalité, qui est aujourd'hui validée dans les labellisations des SDC. Aujourd'hui, le référentiel concernant la prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux chroniques précise et systématise la participation des psychologues aux situations complexes (13). Leur spécificité est requise dans l'évaluation psychologique et psychopathologique ainsi que dans le cadre des psychothérapies, quels que soient les moyens utilisés.

4. 1. Organisation

Spécifiquement attachés à la personne et professionnels du fonctionnement psychique, les psychologues sont centrés sur la parole, l'attention et l'écoute professionnelle. Leurs compétences sont issues d'un processus de formation universitaire de niveau master ou doctoral et d'une culture professionnelle solide qui définissent les conditions particulières que cet exercice requiert. Dès la formation initiale, le psychologue s'inscrit dans un champ de pensée avec une grille de lecture des problématiques. Les méthodes et les outils diffèrent dans chaque référentiel et c'est bien le praticien qui fait le choix de ses outils et méthodes.

Le psychologue est un partenaire de soin, il s'inscrit dans une équipe tout en conservant son autonomie d'exercice. Dans le cadre de sa consultation en clinique de la douleur, le praticien psychologue porte une attention particulière à la plainte corporelle et aux fonctions subjectives du patient. Dans son activité clinique en SDC, le psychologue est en charge de l'évaluation clinique et psychopathologique : évaluation de la personnalité, évaluation thymique, antécédents psychopathologiques.

Le psychologue peut aussi prendre en charge les patients douloureux chroniques (en psychothérapie, EMDR (Eye Movement Desentization and Reprocessing), TCC (thérapie cognitive-comportementale), hypnose, relaxation...

Il s'attache à l'intégration de la problématique en jeu dans l'expression du symptôme et vise au soulagement. En clinique de la douleur de l'enfant et l'adolescent, le psychologue accorde une place primordiale aux parents – ce sont eux qui portent la demande et la soutiennent – et l'évaluation se complète de la prise en compte du développement de l'enfant et de la dynamique familiale. En clinique de la douleur, il s'agit aussi pour le psychologue de collaborer avec le médecin dans l'approche de sa relation avec le malade et, le cas échéant, de l'aider à supporter et/ou à comprendre ce qui peut invalider son arsenal thérapeutique (staff, RCP, dynamique d'équipe...) et de réfléchir à l'élaboration d'une alternative thérapeutique éventuelle. Dans son activité institutionnelle, il participe aux réunions cliniques, au conseil éthique, aux réseaux douleur et au collège des psychologues de l'établissement ou au collège régional. Dans son activité de formation et d'enseignement, il intervient en formation initiale et en formation continue dans les facultés des disciplines psychologiques, médicales et paramédicales dont les enseignements comportent un module douleur. Dans son activité de recherche, il développe une recherche clinique individuelle ou collective et contribue aux travaux de la communauté scientifique douleur. Par l'encadrement des étudiants psychologues, il participe à la transmission du savoir.

4. 2. Difficultés

Les psychologues assurent les fonctions d'évaluation psychologique et psychopathologique qu'aucun autre acteur n'assume au sein des SDC. Pour autant l'enquête réalisée en 2016 par la commission des psychologues de la SFETD met en évidence les points suivants :

- Le temps de travail alloué à la fonction du psychologue en SDC est largement insuffisant : l'enquête SAE 2014 sur les 230 SDC labellisées cette année-là montrait aussi qu'en moyenne il y avait **moins de 0,2 consultation psychologue pour 1 consultation médicale**. Dès lors, comment la prise en charge bio-psycho-sociale est-elle réalisée dans les SDC labellisées ?

- Pour la majorité des psychologues en SDC, leur statut relève d'un contrat CDD ou CDI, qui participe et entretient la précarité du statut de psychologue au sein des SDC.
- Le temps dit FIR, qui permet d'assurer les missions Formation Information Recherche n'était accessible que pour la moitié des psychologues en exercice en SDC. Quel impact sur l'activité de recherche et d'enseignement si les psychologues ne peuvent participer à ces missions ?

Enfin, l'absence de valorisation de l'activité des psychologues en SDC, puisque ces actes ne sont pas cotés, pose aujourd'hui un réel problème aux psychologues (sans cotation ou identification précise des activités, pas de reconnaissance et précarité de l'emploi), et aux SDC au regard des MIG (postes dépendant de la labellisation, donc du nombre de consultations médicales, et ne permettant pas d'assurer la pérennité des évaluations des psychologues et des prises en charge).

➤ Voir Annexe 2 Fiche Métier psychologue

✓ RECOMMANDATION 14

Les psychologues assurent les missions d'évaluations psychologiques et psychopathologiques prévues par les référentiels de labellisation des SDC. Ils participent à l'élaboration du projet thérapeutique et assurent la dimension psychologique de ce projet concernant le suivi des patients et leur réévaluation. Accord fort

✓ RECOMMANDATION 15

Chez les enfants et les adolescents, il est recommandé que le psychologue de la SDC participe à l'évaluation du patient dès le début de la prise en charge. Cette évaluation concerne le contexte d'apparition de la douleur, le contexte familial et scolaire. Accord fort

✓ RECOMMANDATION 16

Il est recommandé que le temps dédié au psychologue d'une SDC soit suffisant pour lui permettre de réaliser ses missions cliniques, de formation et de recherche ainsi que les temps institutionnels. Accord fort

5. La prise en charge en équipe

Toutes les recommandations internationales et européennes convergent vers la nécessité d'une prise en charge en équipe pluri-professionnelle et pluridisciplinaire (3, 6). L'intérêt est d'aborder la prise en charge du patient selon le modèle bio-psycho-social. **Le secret professionnel est respecté et le consentement du patient est demandé.** Un retour écrit au patient et au médecin traitant est recommandé.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a décrit dans son manuel sur la certification trois méthodes d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) qui se prêtent à l'exercice de la médecine de la douleur chronique (12).

- **Réunion de synthèse** : réunion en équipe au sein des SDC afin d'élaborer le diagnostic de la douleur chronique, présenter son évaluation multidimensionnelle, proposer un projet thérapeutique personnalisé, l'annoncer au patient, à son médecin traitant et proposer les modalités de suivi. Cette réunion de synthèse est recommandée pour tous les patients souffrant de douleur chronique suivis en SDC (3).
- **Staff EPP** : réunion en équipe pluri-professionnelle étudiant une situation clinique, soulevant les problématiques, proposant une revue de la littérature sur plusieurs thématiques pour améliorer les pratiques et proposer une procédure si nécessaire. Ce staff est proposé par la HAS et peut permettre la mise en œuvre d'une démarche qualité de la SDC (3, 12).
- **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Douleur (RCP)** : la RCP est un concept développé dans le contexte de la cancérologie. Rendue indispensable par les différents plans « cancer », son fonctionnement est très codifié. Il s'agit d'une réunion formalisée pluri-professionnelle et pluridisciplinaire avec émargement et nécessité de présence des acteurs impliqués dans la gestion du patient, avec au moins 3 médecins de spécialités différentes intervenant par exemple auprès des patients atteints de cancer, permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être exposé en présence du spécialiste manquant dans les plus brefs délais. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire. Le fonctionnement doit être formalisé en termes de rythme, de coordination, de type de dossiers à présenter et de référentiels utilisés. Avant la réunion, une fiche standardisée de données médicales est remplie par le médecin qui inscrit le dossier à la RCP. Cette réunion nécessite que les patients concernés soient informés et consentants, ainsi que leur médecin traitant. Une fiche de synthèse de la réunion est secondairement envoyée au patient et à son médecin. Cette RCP est particulièrement intéressante avant la décision d'un geste invasif (implantation médullaire ou cérébrale, mise en place d'une pompe intrathécale, prise en charge d'un patient complexe avec comorbidités psychiatriques importantes, patient vulnérable ou en situation de précarité, etc). La RCP est un outil pédagogique pour les professionnels en formation. La RCP permet également la justification scientifique et tracée d'une éventuelle prise en charge « hors AMM ». L'évaluation régulière des RCP (fonctionnement, pluridisciplinarité...) permet une amélioration continue de leur qualité et, *in fine*, du service rendu aux patients.

✓ RECOMMANDATION 17

Une réunion de concertation pluri-professionnelle et pluridisciplinaire (RCP) est recommandée et s'impose dès lors qu'un geste invasif est programmé et/ou qu'il s'agit d'un patient particulièrement vulnérable, en mésusage de traitement antalgique, ou présentant des comorbidités importantes ou en échec thérapeutique. Accord fort

✓ RECOMMANDATION 18

Le patient doit être informé et consentant pour que son dossier soit présenté et discuté en RCP. Le médecin traitant doit être également informé. Le secret médical est partagé par tous les participants de ces réunions qui font l'objet d'un compte-rendu de synthèse envoyé au patient, au médecin traitant et aux autres correspondants impliqués dans la prise en charge. Le compte rendu est enregistré dans le dossier du patient. Accord fort

6. Conclusion

Ce travail réaffirme les grands principes de la prise en charge de la douleur chronique étayée par la littérature et les recommandations de bonne pratique internationales et européennes les plus récentes :

- Pluridisciplinarité et pluri-professionnalité pour chaque patient dans toutes les SDC ;
- Formation spécifique de la douleur pour tous les professionnels travaillant en SDC ;
- Nécessité de moyens suffisants pour avoir les ressources humaines suffisantes pour une prise en charge de qualité ;
- Promotion de la culture douleur, à travers l'enseignement et la recherche.

Références

1. Recommandations de bonne pratique. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES 1999.
2. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>
3. Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. HAS 2009. <https://www.has-sante.fr/>
4. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology*. 2010 Apr;112(4):810-33.
5. Prise en charge de la douleur chronique en Belgique: Passé, présent et futur. Berquin A, Faymonville ME, Deseure K, Van Liefferingue AS, Celentano J, Crombez G, Vlaeyen J, Hans G. Rapport de consensus scientifique concernant l'évaluation des projets pilotes de la douleur chronique, mis en place dans le cadre du programme pour les maladies chroniques/2011.
6. SIGN 136 Management of pain. A national clinical guideline. Décembre 2013. <https://www.sign.ac.uk/assets/sign136>.
7. Royal college of anaesthesiologists. Core Standards for Pain Management Services in the UK, 2015. <https://www.rcoa.ac.uk/Publications>.
8. Circulaire n°DGOS/R1/2017/164 du 9 mai 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé.
9. Christelle Creac'h. L'organisation en équipe dans les Structures Douleur Chronique. Les professionnels de prise en charge de la douleur. Livre blanc SFETD : prise en charge des SDC 2017.

10. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838526/fr/enquetes-nationales-2008-et-2009-relatives-a-la-mise-en-oeuvre-de-l-evaluation-interne.
11. Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. Argumentaire. Avril 2009 État des lieux. www.has-sante.fr
12. Guides, méthodes et outils d'aide à la mise en œuvre de l'EPP - Certification V2010. 28 mars 2011. www.has-sante.fr

► Chapitre 3

Les bonnes pratiques de l'évaluation et du diagnostic d'une douleur chronique en SDC

Serge Perrot, Christine Berlemont, Séverine Conradi et Virginie Piano

1. Évaluation de la douleur en SDC

L'évaluation est un élément clé de la prise en charge de la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, à tous les stades du parcours du patient. L'évaluation de la douleur représente ainsi une des bonnes pratiques de référence des SDC. L'approche médicale vise souvent à limiter l'évaluation à la recherche de la cause lésionnelle de la douleur (douleur comme symptôme). Pourtant, la douleur doit aussi être analysée pour « elle-même », surtout lorsqu'elle est chronique (douleur comme syndrome). En effet, il n'y a pas de concordance ou de corrélation anatomo-clinique parfaite entre l'intensité exprimée de la douleur et les éventuelles lésions qui en sont responsables. Le retentissement de la douleur peut en majorer sa propre perception.

Le but de l'évaluation est d'identifier puis de quantifier et/ou qualifier la douleur. L'évaluation de la douleur doit s'adapter à la fois au patient (compréhension, cognition, âge) et au contexte clinique : aigu, chronique, douleur induite... Elle est un préalable à toute mise en place d'un traitement pharmacologique ou non pharmacologique. D'ailleurs, les travaux de l'ANAES, en 1999, puis de l'HAS en 2008 (Tableau 6) ont largement cadré les modalités de cette évaluation, qui doit être multidimensionnelle et pluri professionnelle. Ses principes sont également présents dans des recommandations d'autres pays (dont les recommandations belges sur la prise en charge de la douleur chronique, 2016).

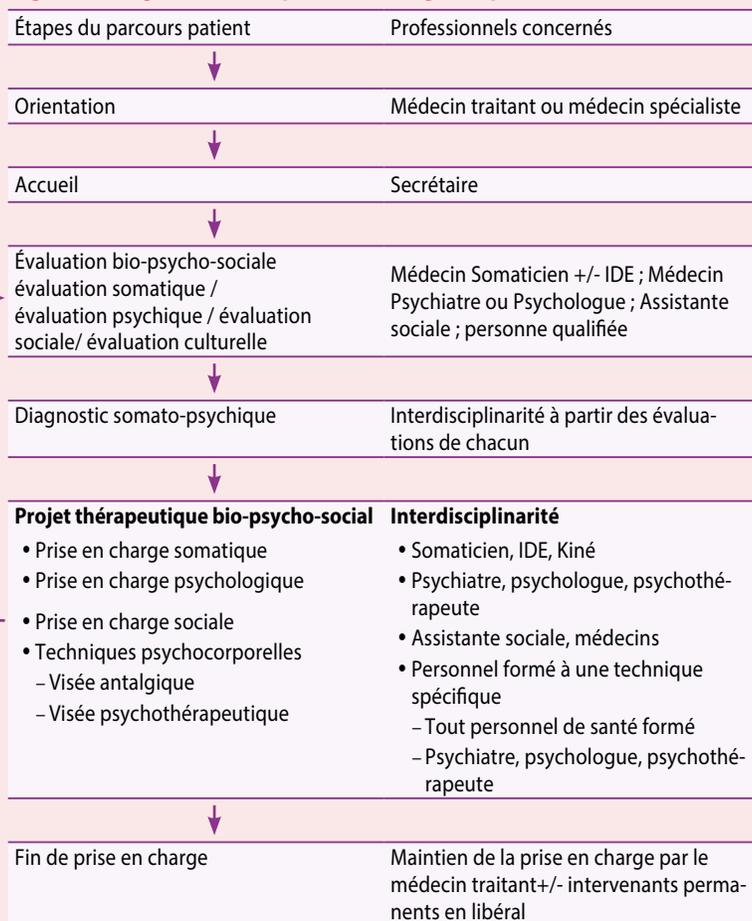
TABLEAU 6 : RECOMMANDATIONS HAS CONCERNANT LA DOULEUR CHRONIQUE ET SA PRISE EN CHARGE.

1. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire - HAS - Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 15/1/1999
2. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans - HAS - Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 1/3/2000
3. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale - HAS - Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 1/10/2000
4. CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge - HAS - Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 1/9/2004
5. Douleur chronique : les aspects organisationnels - HAS - Recommandation en santé publique - Mis en ligne le 26/6/2009
6. Evaluation du syndrome douloureux chronique en structure spécialisée - HAS - Outil d'amélioration des pratiques professionnelles - Mis en ligne le 1/11/2009
7. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient - HAS - Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 1/12/2009

Enfin la législation met aussi l'évaluation de la douleur comme une étape indispensable de la prise en compte et en charge, notamment dans le cadre du rôle propre de l'infirmier (article R4311-2, 5° du code de santé publique). Si l'infirmier constate que le traitement antalgique administré au patient n'est pas suffisant, il en informe le médecin qui pourra le changer ou l'adapter selon les besoins du patient. On retrouve également dans l'article L 1110-5 du CSP le fait que « la douleur doit être en toute circonstance évaluée ». Cette évaluation doit être tracée dans le dossier du patient et se doit d'être rigoureuse (date, horaire, évaluation au repos, au mouvement, à distance du traitement). Le manquement de cette traçabilité laisse penser que l'évaluation n'a pas été réalisée.

L'évaluation de la douleur en SDC est donc un processus dynamique, qui doit se réfléchir et s'élaborer. Elle va également être complétée en fonction des problématiques et des orientations thérapeutiques possibles par d'autres dimensions. Elle se basera sur le modèle bio-psycho-social et peut être réalisée par plusieurs professionnels et à différents moments de la prise en charge. La répétition de cette évaluation est également possible. (Figure 2 / Cahier SFETD n°1).

Figure 2 : Algorithme de prise en charge du patient dans une SDC



1. 1. Outils d'évaluation

Quelques pré-requis sont nécessaires :

- le recours à un outil d'évaluation s'intègre au sein d'une relation, d'un entretien qui évalue différentes composantes ;
- les outils et échelles utilisées doivent être validés et adaptés à la problématique du patient ;
- lorsque l'évaluation est répétée dans le temps, la qualité test-retest de l'outil doit être connue et le maintien des mêmes outils est recommandé : ainsi pour l'évaluation de la douleur du sujet communicant, les 3 échelles n'étant pas superposables, il est nécessaire d'utiliser toujours la même échelle présentée de la même façon au patient, au cours d'un suivi chez un patient donné, après s'être assuré de la bonne compréhension de l'outil par ce dernier ;
- une traçabilité dans le dossier patient est indispensable.

Ainsi il est possible de recourir à des outils d'évaluation de la douleur en SDC pour recueillir l'intensité de la douleur, ses différentes composantes (sensori-discriminative, affective et émotionnelle, cognitive, comportementale) et ses répercussions.

L'évaluation de la douleur utilisera différents outils afin d'avoir une vision la plus globale possible de cette douleur qui perdure : l'auto évaluation est privilégiée. On retrouve ainsi dans le tableau à la fin des Annexes de cette partie, une synthèse des principales échelles ou outils utilisés pour la réalisation de cette étape indispensable.

1. 2. Cas particuliers : les âges extrêmes de la vie

1. 2. 1. Chez le nourrisson et l'enfant

Comme chez l'adulte, l'évaluation de la douleur d'un enfant doit préciser la description de la douleur : son intensité, sa localisation, sa fréquence, sa durée, ses facteurs d'exacerbation et d'amélioration ainsi que son retentissement en termes d'impact fonctionnel, de qualité de vie, d'absentéisme scolaire et de retentissement familial. Cette évaluation est un processus complexe qui nécessite d'entrer dans une relation empathique, de confiance avec l'enfant et ses parents présents lors de la consultation. L'évaluation de la douleur chez l'enfant dépend de son développement cognitif et psychomoteur, qui conditionne sa capacité de compréhension et de verbalisation de ce qu'il ressent.

Les recommandations de l'ANAES (2000) précisent l'évaluation de la douleur aiguë de l'enfant. Celle-ci repose essentiellement sur l'utilisation d'échelles d'évaluation qui sont validées en fonction du contexte (douleur aiguë, douleur post-opératoire ou douleur induite par un soin) et de l'âge de l'enfant.

Schématiquement, l'évaluation d'une douleur aiguë de l'enfant repose sur une hétéro-évaluation avant 4 ans et sur une auto-évaluation après 6 ans. Entre 4 et 6 ans, une auto-évaluation (par l'échelle des visages) peut être tentée et pourra être confrontée à une hétéro-évaluation en cas de doute (Voir tableau 7 et 8). Lorsque plusieurs échelles sont possibles, il est préférable d'utiliser celle avec lequel l'enfant est le plus à l'aise, celle qui lui plaît le plus.

Les enfants vus en SDC présentent des douleurs chroniques pour lesquelles il n'existe pas, à l'heure actuelle, de recommandations d'évaluation spécifiques. De même, il n'existe pas de définition consensuelle d'une douleur chronique en pédiatrie. On parle le plus souvent de douleurs répétées (comme pour les migraines et céphalées), ou de douleur prolongée au-delà du délai attendu de cicatrisation ou de guérison. Toutefois, les experts de la douleur de l'enfant affirment que l'évaluation d'une douleur prolongée repose sur une évaluation bio-psycho-sociale. Dans ce contexte, la démarche d'évaluation ne se réduira pas seulement à l'utilisation des échelles d'évaluation, mais elle tentera de replacer la douleur dans le contexte de vie de l'enfant et de sa famille.

L'impact de la douleur sur les différents domaines de vie de l'enfant devra être évalué :

- impact sur la scolarité : situation de conflit avec les pairs et/ou avec les enseignants, de harcèlement, d'abstentisme scolaire ;
- impact fonctionnel : baisse des performances, désintérêt, nécessité disproportionnée d'aide au quotidien : aide humaine ou utilisation d'attelle, de béquilles, d'un fauteuil roulant...
- impact social : isolement, repli sur soi ;
- impact psychique : trouble du sommeil, anxiété, dépression ;
- impact familial : surprotection, rejet, conflits, sentiment d'impuissance, catastrophisme, remaniement global de la dynamique familial autour de l'enfant douloureux...

Des échelles spécifiques ont été validées pour mesurer ces différents impacts mais elles ne remplacent en rien l'évaluation globale par un médecin ou une équipe, elles ne peuvent être qu'un complément. Le plus souvent, si un contact empathique et bon a été tissé avec l'enfant et sa famille, l'enfant et ses parents répondront facilement aux questions posées directement mais avec douceur.

Cette évaluation globale permettra ensuite de proposer les différents axes thérapeutiques visant à la prise en charge non seulement de la douleur mais de ses différents impacts au quotidien du patient et de sa famille.

TABLEAU 7 : ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR AIGÜE VALIDÉES CHEZ LE NOURRISSON ET L'ENFANT EN FONCTION DE LA SITUATION ET DE L'ÂGE.			
Age	Situation	Echelle	Seuil de traitement
Nouveau-né ou prématuré	Douleur aiguë	NFCS DAN	4/10
	Douleur aiguë à prolongée	EDIN	4/15
0-7ans	Douleur aiguë	EVENDOL	4/15
	Douleur prolongée	HEDEN DEGR	3/10 10/40
A partir de 4 ans	Douleur aiguë	Visages (FPS-R)	4/10
A partir de 6ans	Selon préférence de l'enfant	EVA pédiatrique, (verticale)	3/10
A partir de 8 ans		EN (0-10)	3/10
Description qualitative	Localisation douleurs	Schéma du bonhomme	pas de seuil
	Caractéristiques	DN4 (dépistage DN) Echelle abrégée QDSA	4/10 pas de seuil
Situation de handicap, Enfant Dyscommuniquant	Enfant inconnu de l'équipe	FLACC modifiée GED-DI	4/10 7/81 ou 11/90
	Enfant connu du service	DESS (Sans Salvador)	6/40
Réanimation	Enfant sédaté	COMFOR T B (mesure douleur et sédation)	17/30

TABLEAU 8 : ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR LIÉE À UN SOIN EN FONCTION DE L'ÂGE

Age	Echelle	Seuil de traitement
Nouveau-né	DAN NFCS	3/10
Nourrisson et jeune enfant *2 mois-7ans 1-7ans	FLACC CHEOPS	4/10 8/13
Des que possible (4 à 6 ans)	Auto-évaluation FPS-R EVAp EN	4/10 4/10 4/10

1. 2. 2. Chez la personne adulte ou âgée non communicante

Dans le cas de la personne adulte ou âgée non communicante les échelles ALGOPLUS, DOLOPLUS et ECPA ne sont pas équivalentes entre elles. Il convient donc de choisir la même échelle en début d'évaluation et pour le suivi du patient, et de choisir l'outil correspondant au contexte douloureux supposé. Par exemple, l'outil DOLOPLUS peut être l'outil de mesure de la douleur chronique d'une personne âgée et ALGOPLUS sera réalisée pour l'évaluation de la douleur consécutive à une chute. Cette échelle est en effet plus adaptée à une douleur aiguë et/ ou dans un contexte d'urgence.

➤ Voir Annexe 3 : Échelles d'évaluation de la douleur ou de son soulagement utilisées en SDC

Il est indispensable d'évaluer :

- **Le rapport du patient vis-à-vis des traitements médicamenteux**
 - L'observance thérapeutique, car elle peut bien sûr avoir un impact sur l'efficacité de la prise en charge.
 - La tolérance des traitements : la tolérance des traitements est un élément indispensable à évaluer, certains traitements étant particulièrement mal supportés, alors qu'ils apportent un soulagement non négligeable. Il est donc indispensable, avant un traitement en cours, mais aussi en fin de traitement, d'évaluer la tolérance des différentes approches médicamenteuses. L'échec ou l'échappement thérapeutique doivent être questionné sur le plan médical mais aussi sur le plan psychologique lorsqu'il y a répétition.
- **Le handicap** : dans la douleur chronique, certaines activités sont particulièrement impactées par la douleur. C'est parfois plus la restriction de certaines activités que la douleur qui est particulièrement difficile à supporter par les patients. On peut ainsi demander au patient quelles sont les activités les plus impactées par la douleur, et parmi toutes celles-ci, d'identifier celle que le patient souhaiterait de nouveau pratiquer grâce à un traitement antalgique. C'est la notion de handicap prioritaire.

- **Le soulagement**

- Evaluer cette dimension permet de pouvoir travailler sur le contrat thérapeutique. Réévaluer la douleur permet de déterminer si les traitements sont efficaces. On retrouve également la notion d'évaluation du soulagement attendu par le patient permettant ainsi d'ouvrir sur la construction d'une alliance thérapeutique explicite.
- C'est *in fine* l'appréciation globale du patient lui-même de l'atténuation de sa douleur, et de la réduction du handicap qui sera le meilleur indicateur de l'efficacité du traitement.

- **Les attentes**

- La question « attentes du patient » est un axe important de l'entretien, et adapter les indicateurs de soulagement à ces attentes, un axe encore plus important dans la douleur chronique.
- L'objectif de la prise en charge doit au départ être fixé de façon raisonnable avec le patient, en tempérant les attentes et demandes irréalistes, et en fonction de l'évaluation qui aura été préalablement faite. Le patient pourra, selon les cas, se satisfaire d'une baisse globale de l'intensité douloureuse moyenne, d'une diminution des fréquences des accès douloureux, d'une réduction du nombre de prises de médicaments antalgiques ou d'une amélioration du handicap physique qu'inflige la douleur. Parfois même, l'intensité ne baisse pas mais le patient a repris des activités quotidiennes : c'est la réadaptation du patient dans sa vie sociale familiale et professionnelle qui est visée.

1. 3. L'évaluation : au cœur de la rencontre avec le patient

L'évaluation du patient s'inscrit dans une relation soignant-soigné et nécessite un climat facilitateur, un environnement favorable, en prenant le temps suffisant pour réaliser correctement cette évaluation essentielle pour une prise en charge optimale du patient. Le recours à des questionnaires préalables sont souvent utilisés en SDC (par exemple : envoi d'un questionnaire à remplir par le patient et son médecin traitant) mais ils n'ont de sens que si ces questionnaires s'inscrivent dans la relation qui sera ensuite établie lors des consultations. Par ailleurs, le patient est acteur à part entière dans cette démarche d'évaluation. Cela nécessite parfois un temps d'explication et d'appropriation pour que l'évaluation puisse être pertinente.

1. 3. 1. Entretien algologique

- La grille d'entretien semi structuré (tableau 6) définie par l'ANAES de 1999 reste un guide, une base pour réaliser cet entretien. Elle permet de reprendre les différents éléments du syndrome douloureux chronique.
- Elle est complémentaire au bilan étiologique qui est réalisé soit en amont de la SDC, soit complété par les professionnels de la SDC.

1. 3. 2. Entretien psychologique du patient douloureux chronique (1-3)

- Cet entretien est réalisé par un psychologue formé et inscrit dans la démarche pluriprofessionnelle de la SDC.
- L'évaluation psychologique se construit « autour d'un axe triple : l'évaluation psychologique de la douleur, l'analyse psychopathologique du patient, l'analyse des conséquences psychologiques de la douleur ou des facultés d'adaptation à la douleur ou des possibilités d'acceptation d'une thérapeutique antalgique spécifique » (Cahier n°1, 2013).
- Il peut être utilisé différents outils ou moyens (grille d'analyse, questionnaires, projectifs, etc...) qui sont de la responsabilité du psychologue (en termes de validité, de pertinence auprès de la population rencontrée, etc.)
- Plusieurs entretiens sont parfois nécessaires pour réaliser cette démarche.

► Références

1. Conradi S, Regnier M. De la question de l'évaluation psychologique et de la psychométrie en douleur chronique - Psychological evaluation and psychometry in chronique pain. Doi : 10.1016/j.prps.2018.02.002
2. Minjard, R., Castagnet, C., Heritier, S. (2016). « L'évaluation psychologique » en structure d'évaluation et traitement de la douleur chronique : une nouvelle figure de la paradoxalité ? Douleur et analgésie, 29, 145-151.
3. Barfety-Servignat, V, Minjard, R (2019), Méthode d'évaluation psychologique et psychopathologique du patient douloureux chronique. N° 3, Douleur et Analgésie.

1. 3. 3. Entretien infirmier du patient douloureux chronique

- L'entretien infirmier du patient douloureux chronique réalisé par l'IRD va venir enrichir l'entretien médical et l'entretien psychologique.
- L'entretien infirmier permet d'aborder la genèse de la douleur et le contexte de vie dans lequel s'inscrit cette douleur chronique. La douleur elle-même est détaillée : sa topographie, son évaluation, son retentissement sur le quotidien, sur la qualité de vie personnelle, professionnelle et sur l'état émotionnel du patient. Une attention particulière est portée sur les représentations, les croyances et les attentes du patient. La consultation initiale infirmière décrite dans le référentiel élaboré par les IRD de la SFETD (http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Infirmiers/Referentiel/referentiel_activites_consultation_clinique_-_version_finale.pdf) permet ainsi d'évaluer de façon exhaustive et multidimensionnelle la douleur du patient. Elle s'appuie sur l'utilisation d'échelles validées et adaptées au contexte. Un interrogatoire est conduit sur les différentes thérapeutiques médicamenteuses ou non médicamenteuses déjà testées ou non, leurs effets, leur observance, y compris l'usage de celles non recommandées par les professionnels de santé. De même, le recensement des ressources personnelles, familiales, sociales..., dont le patient dispose, sera établi. Au cours de cet entretien clinique, l'IRD réalise un examen clinique qui lui permet d'évaluer les capacités physiques du patient douloureux. A la fin de son entretien l'IRD établit une synthèse de la consultation et élabore le diagnostic infirmier qui en découle.

- Toutes les données recueillies par l'IRD sont ainsi retranscrites dans le dossier du patient et viennent compléter celles réunies par le médecin et le psychologue lors des RSP et/ou RCP. Ensemble, elles serviront à établir un projet de soins adapté au patient douloureux.

1. 4. Situations particulières

1. 4. 1. Poussée douloureuse aiguë dans un contexte de douleur chronique

- Évaluation de l'intensité et du soulagement au cours d'une poussée aiguë ;
- Évaluation de la consommation d'antalgiques ;
- Spécificités de l'évaluation de la douleur au cours d'une titration.

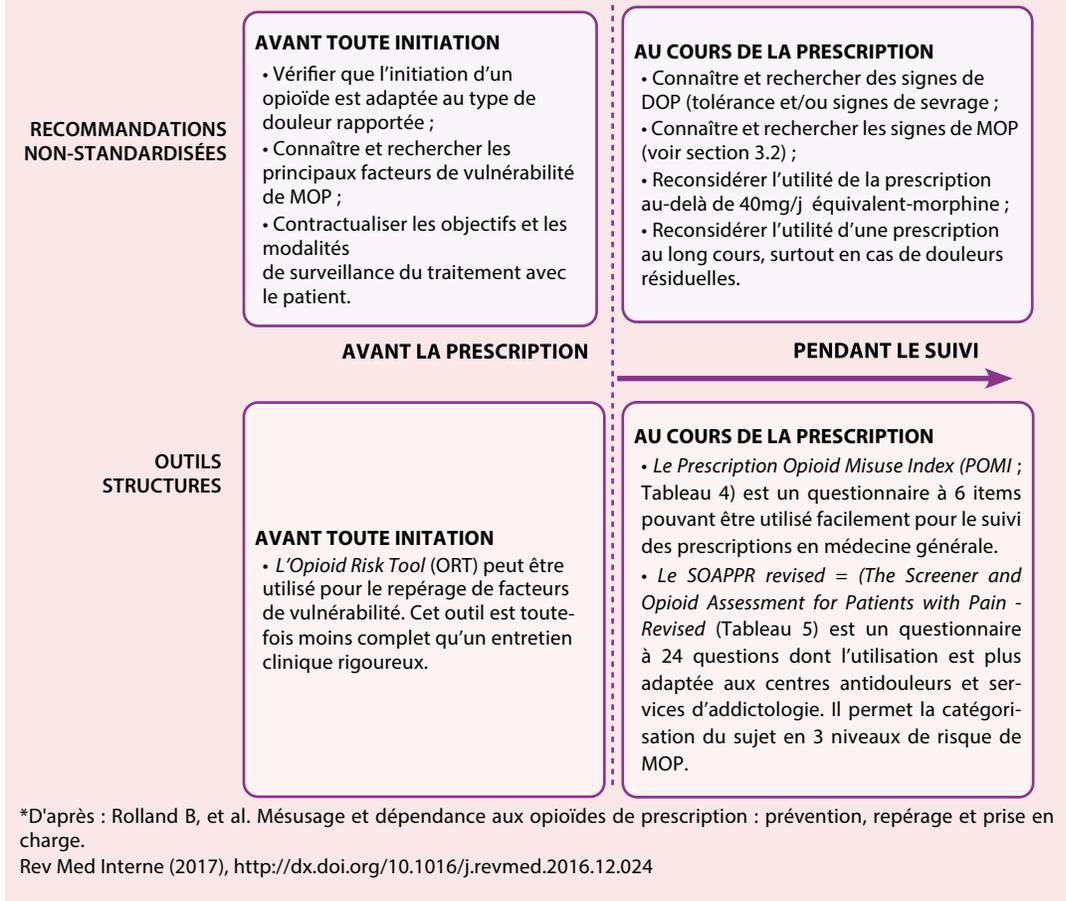
Il s'agit ici des poussées aiguës sur fond douloureux, notamment dans le cancer (accès douloureux paroxystique), mais aussi des douleurs liées au mouvement, à l'activité, ou encore des douleurs induites.

- Évaluation de l'**intensité d'une poussée douloureuse aiguë**. Dans la douleur aiguë, l'intensité de la douleur est l'élément fondamental et peut être mesurée sur une échelle numérique. L'option zéro douleur est bien sûr l'idéal, mais de façon réaliste, on visera une intensité de douleur inférieure à 4/10.
- Évaluation du **soulagement** (idéalement d'au moins 30 % ou 50 %). On peut demander au patient d'évaluer le degré de soulagement de sa crise douloureuse aiguë, le plus souvent sous forme de pourcentage par rapport aux valeurs initiales. Il peut parfois y avoir un écart entre cette mesure et la baisse de l'intensité douloureuse.
- Évaluation de la **consommation d'antalgiques** : en période postopératoire, l'efficacité de techniques médicamenteuses ou non médicamenteuses, de blocs nerveux ou d'infiltrations est jugée en partie sur la réduction de la consommation d'antalgiques (morphine en analgésie auto-contrôlée par exemple). Le développement de l'analgésie loco-régionale permet de limiter la consommation en antalgiques et de limiter les effets secondaires liés notamment aux morphiniques avec en plus une analgésie de meilleure qualité (reprise de la mobilisation plus rapide par exemple), pouvant s'inscrire dans la durée.

1. 4. 2. Évaluation de la dépendance ou d'un mésusage aux opiacés

La prévention et le repérage des situations de dépendance aux opioïdes de prescription (DOP) ou de mésusage aux opioïdes de prescription (MOP) sont deux phases indissociables dans la pratique clinique de médecine de la douleur. Le repérage commence en effet avant la prescription, par l'individualisation de facteurs de risque spécifiques de MOP et par l'information du patient sur la possibilité de survenue de manifestation de DOP. Une prévention personnalisée devra systématiquement découler de la mise en évidence d'éventuels facteurs de risque lors de l'initiation du traitement. L'ensemble de ces éléments est synthétisé dans la figure suivante.

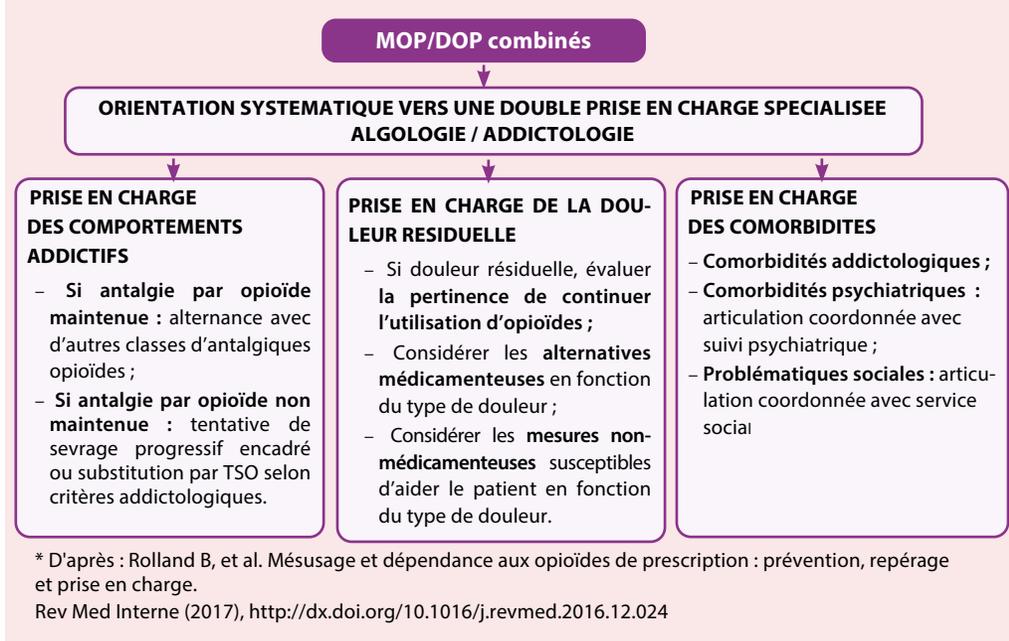
Figure 3 : Prévention du mésusage aux antalgiques*



Il est rappelé ici deux éléments essentiels dans cette problématique :

- pour l'évaluation initiale et de suivi de prescription d'opioïdes à visée antalgique : à chaque étape, des principes cliniques non-standardisés et des outils structurés sont proposés pour aider le clinicien à prévenir et repérer la survenue de critères de dépendance aux opioïdes de prescription (DOP) ou de mésusage aux opioïdes de prescription (MOP).
- conduite à tenir face à une situation de mésusage d'opioïdes de prescription (MOP), associé à une dépendance pharmacologique à ce même opioïde de prescription (DOP) : la prise en charge de ce type de situation doit être systématiquement coordonnée en milieu spécialisé, par une double prise en charge algologie/addictologie. Les trois principaux axes de la prise en charge sont le traitement des comportements addictifs, si nécessaire par un traitement de substitution aux opiacés (TSO), le traitement adapté d'éventuelles douleurs résiduelles, le traitement des comorbidités et la prise en charge des problématiques sociales associées, nécessitant l'articulation éventuelle avec une consultation psychiatrique et un accompagnement socioéducatif.

Figure 4 : Prise en charge du mésusage ou de la dépendance aux opiacés*



Avant un traitement, on utilisera l'ORT (*Opioid risk tool*) pour dépister un risque de mésusage aux opioïdes (4). Lors d'un traitement opioïde, on utilisera le POMI (Prescription Opioid Misuse Index) pour dépister un mésusage (5).

➔ Voir dans Annexe 3 : ORT et POMI

1. 4. 3. Évaluation des douleurs induites ou procédurales

L'évaluation devra prendre en compte :

- l'état du patient : présence d'une douleur sous-jacente ou non, anxiété anticipatoire, crainte ;
- la cause de la douleur induite : type de geste, durée du geste ou du soin, intensité habituelle de la douleur induite par le geste ou le soin, localisation du geste et du soin ;
- les conditions d'apparition de la douleur induite : urgence, douleur prévisible, possibilité d'anticipation de la douleur induite ;
- tableau des délais et durées d'action des thérapeutiques permettant la prise en charge des soins douloureux.

TABEAU 9 : GRILLE D'ENTRETIEN ALGOLOGIQUE OU MÉDICAL DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE (ANAES 1999)

Grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique

• **Ancienneté de la douleur**

- Mode de début
- Circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)
- Description de la douleur initiale
- Modalités de prise en charge immédiate
- Événements de vie concomitants
- Diagnostic initial, explications données
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

• **Profil évolutif du syndrome douloureux**

- Comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- Profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente...)
- Degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

• **Traitements effectués et actuels**

- Traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- Modes d'administration des médicaments, doses, durées
- Effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- Attitudes vis-à-vis des traitements

• **Antécédents et pathologies associées**

- Familiaux
- Personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- Expériences douloureuses antérieures

• **Description de la douleur actuelle**

- Topographie
- Type de sensation (brûlure, décharge électrique...)
- Intensité
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)
- Facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

• **Contextes : familial, psychosocial, médico-légal et incidences**

- Situation familiale
- Situation sociale
- Statut professionnel et satisfaction au travail
- Indemnités perçues, attendues ; implications financières
- Procédures

• **Facteurs cognitifs**

- Représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)
- Interprétation des avis médicaux

- **Facteurs comportementaux**

- Attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...)
- Modalités de prise des médicaments
- Observance des prescriptions

- **Analyse de la demande**

- Attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- Objectifs partagés entre le patient et le médecin

A noter que le recours à l'HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) ne peut suffire en termes d'évaluation de la dimension psychologique. Cet outil cherche à identifier une symptomatologie anxio-dépressive et à en évaluer la sévérité. Il ne cherche pas à distinguer les différents types de dépression ou états anxieux. Cette échelle a été construite en excluant tout item concernant les aspects somatiques, aspects qui pourraient être confondus entre la maladie physique et mentale. Il s'agit d'une échelle de sévérité clinique et non de diagnostic. L'HADS ne se veut pas un outil diagnostic complet, mais un moyen d'identification des patients en hôpital général qui ont besoin d'une évaluation psychiatrique et d'assistance supplémentaire (6).

✓ **RECOMMANDATION 19**

Il est recommandé de réaliser pour chaque nouveau patient une évaluation multidimensionnelle et pluri professionnelle de la douleur en s'aidant par exemple de la grille d'entretien semi-structuré du patient comme celle proposée par l'ANAES. L'évaluation psychologique se construit autour d'un axe triple : l'évaluation psychologique de la douleur, l'analyse psychopathologique du patient, l'analyse des conséquences psychologiques de la douleur ou des facultés d'adaptation à la douleur ou des possibilités d'acceptation d'une thérapeutique antalgique spécifique. Quant à l'entretien infirmier, il permet notamment d'aborder la genèse de la douleur et le contexte de vie dans lequel s'inscrit cette douleur chronique.



Argumentaire : Une grille d'entretien semi-structuré indique les éléments cliniques essentiels sur lesquels se fonde l'entretien avec le patient présentant une douleur chronique. Parmi les outils de base figurent un schéma des zones douloureuses, une mesure de l'intensité de la douleur par échelle visuelle analogique, numérique, ou verbale simple, une liste de mots descriptifs de la douleur, une évaluation de l'éventuelle composante anxieuse et dépressive, une évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien (humeur, capacité à marcher, travail habituel, relation avec les autres, sommeil, goût de vivre).

✓ RECOMMANDATION 20

Il est recommandé de dépister les douleurs neuropathiques par le questionnaire DN4, qui est un outil de dépistage et d'évaluer les symptômes neuropathiques, en utilisant le questionnaire NPSI : « Neuropathic Pain Symptom Inventory » qui peut être un outil de suivi. Accord fort (Se référer aux recommandations sur la prise en charge des douleurs neuropathiques)

✓ RECOMMANDATION 21

Avant l'initiation d'un traitement comportant des opioïdes pour une douleur non cancéreuse, il est recommandé de repérer et d'identifier les facteurs de risque de mésusage et d'informer le patient sur la possibilité de survenue d'une dépendance aux opioïdes. Un suivi personnalisé devra systématiquement découler de la mise en évidence de facteurs de risque. Accord fort

2. Diagnostic en SDC

Le diagnostic est le second élément clé dans la prise en charge d'un patient douloureux. Il est le préalable à la définition du projet thérapeutique, s'inscrit dans le même processus dynamique que l'évaluation et dépend également de cette dernière.

Comme l'évaluation est réalisée par différents professionnels de la SDC, il est possible d'obtenir ainsi plusieurs diagnostics. On retrouve ainsi : (Cahier n°1 SFETD 2013) (7).

- « Le diagnostic médical, démarche par laquelle le médecin détermine l'affection dont souffre le patient, démarche qui repose sur la recherche des symptômes et de l'étiologie, et qui va lui permettre de proposer un traitement.
- Le diagnostic infirmier qui se centre sur les besoins de la personne, et non directement sur sa pathologie. Il est en cela complémentaire du diagnostic médical.
- Les diagnostics kinésithérapique, psychomoteur, orthophonique etc., visent globalement à déterminer la manière la plus adaptée de réaliser la prescription médicale, et guident le professionnel dans son choix des techniques les plus appropriées.
- Les diagnostics psychologiques ou psychopathologiques : [...] démarche par laquelle le professionnel identifie et nomme ce dont souffre un patient, dans le champ de la psychopathologie. Il est exclusivement réservé aux psychiatres et psychologues à même de mettre en œuvre la méthode adaptée permettant une mise à jour des processus psychopathologiques (évaluation) et leur regroupement en une entité appropriée pour désigner l'objet de la souffrance du patient ».

Le diagnostic peut donc être centré sur différents points précis (diagnostic étiologique, diagnostic éducatif, diagnostic psychopathologique) ou, dans le cas d'une interdisciplinarité efficiente, permettre la réalisation d'un diagnostic pluri professionnel. Ce sont notamment lors des staffs, réunions de synthèse et RCP douleur chronique que le regroupement des diagnostics est possible ainsi que l'élaboration d'un diagnostic pluri professionnel qui permettra l'établissement d'un projet thérapeutique adapté à la problématique douloureuse.

Le diagnostic pluri professionnel est nécessaire lorsque des signes d'appel sont présents :

- composante anxieuse ou dépressive importante ;
- face à des éléments psychopathologiques ;
- devant les échecs des thérapeutiques habituellement recommandés dans la problématique ;
- avant la mise en place d'une technique invasive (chirurgie spécifique) ou d'une technique spécifique pouvant avoir un impact sur l'équilibre psychique du patient ;
- devant des difficultés d'alliance thérapeutique.

Il peut être sollicité à la demande de tous les professionnels de la SDC.

Références

4. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Medicine*. 2005;6:432-42.
5. Knisely JS et coll. 2008. Prescription Opioid Misuse Index: A Brief Questionnaire to Assess Misuse. *Journal of Substance Abuse Treatment* 35 (4): 380-386.
6. Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale: A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41. Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
7. Cahier n°1 SFETD 2013. <http://www.sfetd-douleur.org/cahiers-de-la-sfetd>.

► Chapitre 4

Relations institutionnelles

Frédéric Aubrun et Serge Perrot

1. Relations transversales

Les SDC doivent entretenir des liens réguliers et constructifs avec les services cliniques au sein de l'institution. Ces liens sont essentiels afin de développer les relations de confiance entre les services demandeurs et la consultation douleur chronique ou le Centre d'évaluation et traitement de la douleur (CETD). Des protocoles organisationnels peuvent être ainsi élaborés afin de fluidifier le parcours du patient hospitalisé et limiter ainsi les délais de prise en charge en créant une file active interne, qui tiendrait compte du degré d'urgence. Des équipes mobiles peuvent également se rendre dans les différents services, dans le cadre de contrats de pôles ou interpôles élaborés sous l'égide des directions respectives. De par leurs missions, les SDC ont une position transversale au sein des différents services cliniques. Ces structures entretiennent ainsi avec les Directions des établissements une relation privilégiée puisqu'elles apportent une réponse structurée aux exigences de plus en plus présentes de confort et de sécurité. L'extension de la mission des SDC vers les problématiques de douleur aiguë confère à ces structures une aide complémentaire aux équipes de soins confrontées aux douleurs aiguës, qu'elles soient postopératoires, dans un contexte d'urgence ou procédurales.

2. Les relations entre les SDC répertoriées après labellisation dans un annuaire (Annuaire des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique)

Cet annuaire national est le fruit d'une labellisation conduite par chaque agence régionale de santé (ARS), sous la coordination de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Pour chaque région, il facilite l'accès aux structures labellisées en indiquant leur adresse, le nom du médecin responsable et le contact téléphonique.

Ces structures de recours (hautement spécialisées) sont accessibles non pas directement par les patients mais sur avis préalable d'un médecin. L'annuaire est donc prioritairement destiné aux professionnels de santé qui pourront ainsi connaître l'existence des structures de proximité (les consultations) ou dotées de lits d'hospitalisation et d'équipements spécialisés (les centres). Pour certaines régions, sont également indiquées des permanences avancées où des consultations réalisées par des professionnels rattachés à une structure labellisée sont proposées.

Certaines ARS considèrent la douleur chronique comme une priorité de Santé Publique. C'est le cas de l'ARS Ile de France qui intègre cette thématique dans son projet régional de santé avec comme orientations :

- rendre lisible l'offre régionale de prise en charge de la douleur chronique en SDC de type consultations polyvalentes et centres polyvalents ou spécialisés en pédiatrie et cancérologie ;
- organiser la gradation de la prise en charge de la douleur chronique dans une logique de parcours de soins et en particulier renforcer l'articulation des missions des SDC avec les professionnels de santé de ville ;
- améliorer la gestion et la compréhension de la douleur chez les personnes peu ou non communicantes, en particulier chez les personnes en situation de handicap.

► Chapitre 5

Activité d'analgésie ambulatoire en milieu hospitalier

Sylvie Rostaing, Nadine Attal, Catherine Karanfilovic, Valéria Martinez

1. Évolutions du système de santé

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans son Consensus formalisé de décembre 2008 « Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient » (1) avait établi comme recommandation que la prise en charge des syndromes douloureux chroniques sévères et complexes devait être assurée par les structures spécialisées douleur chronique (labellisées par l'ARS) pour une réflexion pluridisciplinaire, à visée diagnostique et/ou thérapeutique, et pour des traitements ou modes de prise en charge spécifiques.

Parmi les thématiques du plan d'efficience et de performance du système de santé, figure le **virage ambulatoire** qui ne concerne pas uniquement la chirurgie mais également la médecine et plus particulièrement les maladies chroniques. Le développement ambulatoire concerne plusieurs activités, dont la prise en charge de la douleur, et conduit à une réflexion sur l'organisation des activités douleur réalisées en « ambulatoire », à savoir « sans nuitée hospitalière », ce qui englobe les hospitalisations de jour (HDJ), les prestations externes et les prestations dites frontières.

La prise en charge ambulatoire exige par ailleurs une unité de lieu qui doit répondre à un cahier des charges tel que défini dans les « Repères méthodologiques » de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) (2) :

- accessibilité simple et lisible au sein de l'établissement ;
- moyens en locaux, en matériels et personnels adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés (article D. 6124-301 du code de santé publique) ;
- organisation générale des circuits (patients, professionnels, matériels et information) ;
- estimation du temps de surveillance nécessaire pour chaque activité, de façon à optimiser la continuité dans le temps du flux de patients, indispensable au bon fonctionnement et à l'efficience attendue ;
- équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle dédiée ;
- surveillance médicale et paramédicale identique à celle d'une hospitalisation complète ;
- lit ou place disponible pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifié par l'état de santé du patient ;
- supervision de l'organisation par un médecin coordinateur.

Des travaux ministériels sont en cours sur l'élargissement du cadre d'administration des médicaments de la réserve hospitalière (RH) avec révision des textes portant sur le statut juridique des médicaments. Certains d'entre eux pourraient ainsi être administrés au cours de prises en charge « en environnement hospitalier » et non plus uniquement au cours d'une hospitalisation, avec création de forfaits de prestations intermédiaires entre les hospitalisations de jour et les activités externes, l'objectif étant de générer des économies de santé.

Dans la mesure où les évolutions qui devaient porter sur l'élargissement du cadre d'administration des produits de la RH, n'ont pas pu aboutir dans la campagne tarifaire de 2017, le cadre juridique définissant les nouveaux critères de facturation de l'HDJ (ou GHS de 0 nuit) est toujours en attente. Les échanges se poursuivent entre le Ministère de la Santé et les représentants des Etablissements de santé sur ce sujet. La nouvelle instruction frontière qui fixera le nouveau cadre réglementaire devrait être publiée en 2019 par la DGOS, avec une traduction concrète dans le cadre de la campagne tarifaire 2020, par la publication d'un nouvel arrêté « forfaits ».

En attendant la nouvelle Instruction frontière et l'arrêté « forfaits », ce sont les conditions réglementaires définies dans l'arrêté dit « prestations MCO du 19 février 2015 », et précisées dans l'Instruction dite « Circulaire frontière » du 15 juin 2010, qui continuent à s'appliquer.

Conformément à la Circulaire frontière de 2010 (3), la prise en charge de moins d'une journée ne justifie la facturation d'un GHS que dans l'une des situations suivantes :

- Prise en charge au cours de laquelle est réalisé un acte nécessitant un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ;
- Prise en charge par une équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle composée d'au moins un professionnel médical et 2 autres professionnels, médicaux paramédicaux ou socio-éducatifs, au cours de laquelle sont réalisés au moins deux actes relevant de techniques différentes ; la coordination de cette prise en charge est assurée par un professionnel médical qui rédige un compte rendu d'hospitalisation ou une lettre de liaison ;
- Prise en charge d'un patient dont l'état de santé présente un terrain à risque, qui justifie de prendre des précautions particulières lors de la réalisation de certains examens ou la délivrance de certains soins.

Pour la douleur chronique, compte tenu des nouvelles règles de facturation qui se profilent à l'horizon, et des contrôles drastiques de facturation par l'Assurance Maladie, la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) a mis en place une Commission dont la mission est d'harmoniser les pratiques pour chaque activité, au regard des données scientifiques et des avis d'experts, afin d'établir des recommandations de bonnes pratiques et de tenter de définir une liste des activités qui continueraient à répondre aux critères de facturation d'un GHS (HDJ) et celles qui pourraient relever d'une facturation externe, en préservant qualité et sécurité des soins d'une part, survie financière des structures spécialisées douleur chronique (SDC) d'autre part.

2. Les activités d'analgésie ambulatoire en milieu hospitalier

En matière de prise en charge de la douleur, les hôpitaux de jour ont une double vocation :

- une vocation thérapeutique par la mise en œuvre d'actes d'analgésie et/ou l'administration de médicaments de la réserve hospitalière, qui nécessitent une surveillance particulière ;
- une vocation d'évaluation pluridisciplinaire de situations douloureuses complexes, souvent associée à un traitement.

2. 1. Traitements prescrits en dehors des indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM)

Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription « non conforme à son autorisation de mise sur le marché » (prescription hors AMM) mais l'Assurance Maladie ne rembourse pas les médicaments prescrits hors AMM, sauf si le produit dispose d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) dans l'indication (ou les conditions d'utilisation considérées), ou si une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) a été établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (article L5121-12-1 du Code de santé Publique).

La prescription de médicaments hors AMM est fréquente dans la prise en charge de la douleur chronique.

Certains médicaments n'ont pas d'AMM en analgésie et les preuves de leur efficacité n'ont pas été formellement démontrées (essais cliniques de qualité méthodologique moyenne, faible niveau de preuve, hétérogénéité des pratiques) : c'est le cas notamment de la kétamine IV, de la lidocaïne IV, des bisphosphonates en perfusion IV.

Certains médicaments utilisés hors AMM ont une efficacité démontrée ; ils sont recommandés par les Sociétés Savantes, mais ne disposent pas d'AMM en analgésie : c'est le cas de la toxine botulinique A ; c'est aussi le cas de la ropivacaïne* par voie intrathécale (à 7,5 mg/ml et 10 mg/ml), anesthésique local qui est recommandé par les sociétés savantes pour l'analgésie intrathécale en situation de douleur cancéreuse chronique rebelle (cf. paragraphe B. 2.). On peut citer également le baclofène (0,5 mg/1 ml pour perfusion intrathécale), indiqué chez les patients souffrant de spasticité chronique sévère consécutive à un traumatisme, à une sclérose en plaques ou à toute autre pathologie médullaire ne répondant pas au baclofène oral et/ou chez les patients présentant des effets indésirables intolérables aux doses orales efficaces.

Aucun de ces médicaments prescrits hors AMM n'a aujourd'hui d'ATU, ni de RTU, ce qui questionne et ouvre un espace de réflexion.

AMM pour la voie péri-médullaire

La ropivacaïne a l'AMM en analgésie, notamment pour la douleur aiguë (bloc péri-dural, infiltration pariétale, bloc périphérique, plexique et tronculaire). Trois dosages de ropivacaïne sont disponibles : 2 mg/mL, 7,5 mg/mL, 10 mg/mL. La ropivacaïne 5 mg/mL a l'AMM en intrathécal, pour l'anesthésie rachidienne intrathécale, comme la bupivacaïne 5 mg/mL ; la ropivacaïne 5 mg/mL est recommandée en analgésie mais cette concentration n'est pas adaptée (concentration trop basse au regard des doses quotidiennes et du volume limité du réservoir des pompes). Seule la ropivacaïne à fortes concentrations (7,5 mg/mL, ou au mieux, 10 mg/mL) est adaptée à l'antalgie intrathécale via une pompe implantée programmable. C'est donc la ropivacaïne 10 mg/mL qui est le plus souvent utilisée dans les douleurs cancéreuses rebelles en France, conformément aux recommandations des sociétés savantes, à défaut de bupivacaïne concentrée à 40 mg/mL. La bupivacaïne 40 mg/mL, qui est en effet l'anesthésique local le plus adapté à l'antalgie intrathécale, n'est toujours pas disponible en France et la demande d'ATU de cohorte n'a pas pu aboutir du fait de la complexité de la procédure : elle doit en effet être sollicitée par le laboratoire qui s'engage à déposer une demande d'AMM dans un délai déterminé. L'ANSM est intervenue en octobre 2017 (ainsi que la SFETD), auprès du laboratoire pharmaceutique pour faciliter l'approvisionnement des établissements de santé en ropivacaïne 10 mg/ml, en rupture de stock transitoire. L'utilisation de la ropivacaïne 10 mg/ml en analgésie a donc le soutien de l'ANSM.

La clonidine injectable, parfois utilisée par voie périmédullaire, ne possède pas d'AMM pour les voies péri-durale et intrathécale.

2. 1. 1. Perfusions de kétamine intraveineuse

La kétamine est un ancien médicament découvert en 1962 et encore utilisé comme anesthésique général. Aujourd'hui, la kétamine reste l'agent anesthésique de référence dans certaines circonstances cliniques mais son utilisation la plus répandue est comme adjuvant à l'anesthésie générale. En effet, la kétamine est le seul antagoniste puissant du récepteur N-méthyl-D-aspartate (NMDA) disponible à ce jour en clinique. Le récepteur NMDA est connu pour jouer un rôle important dans les phénomènes de sensibilisation centrale. En effet, utilisée à faible dose, la kétamine a un effet anti-hyperalgésique puissant. Elle est utilisée en péri-opératoire pour diminuer les douleurs et la consommation d'opioïdes et prévenir la chronicisation des douleurs (4-8). Son utilisation s'étend progressivement dans d'autres indications telles que la prise en charge des douleurs aux urgences, les douleurs neuropathiques chroniques rebelles (9), le traitement des dépressions résistantes (10). L'utilisation de la kétamine dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle est ancienne ; elle découle des effets physiopathologiques attendus de cette molécule et repose sur une littérature abondante mais très hétérogène en termes de posologie, de durée et de fréquence d'administration. Les preuves apportées par des essais contrôlés randomisés sont les plus nombreuses pour l'administration intraveineuse de kétamine.

Les deux principales revues systématiques sur la kétamine IV dans les douleurs chroniques rebelles retrouvent 31 essais contrôlés randomisés avec 381 patients inclus (11-12). Un bénéfice à court terme a été rapporté dans les douleurs neuropathiques périphériques et centrales et un bénéfice sur plusieurs semaines après une administration ponctuelle de kétamine a été observé dans les douleurs neuropathiques centrales et le syndrome douloureux régional complexe (13-15).

Malgré l'absence d'AMM en analgésie, la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) recommande son utilisation per opératoire aux patients les plus vulnérables à la douleur (16). L'AFSSAPS, dans les recommandations de bonnes pratiques de 2010 (17), préconise l'utilisation de kétamine dans les douleurs rebelles « en situation palliative avancée », en association à un traitement opioïde, lorsque celui-ci est insuffisant ou mal toléré. L'utilisation de la kétamine en phase palliative, peut également être envisagée pour des soins douloureux, après échec des thérapeutiques habituelles (opioïdes, MEOPA), et si une anesthésie générale dans un bloc opératoire ne peut être organisée. La forme galénique orale n'existe pas et il n'existe pas suffisamment de données pour recommander l'utilisation des ampoules injectables, par voie orale, d'autant que les preuves d'efficacité sont nulles ou insuffisantes en l'état actuel des connaissances (consensus d'experts) (17).

Enfin, les enquêtes nationales, rapporte que la kétamine est fréquemment utilisée hors AMM pour traiter des douleurs chroniques rebelles (18). Une enquête récente de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) (19) a montré qu'environ une centaine de structures (sur les 250 centres et consultations labellisés dans notre pays) utilisaient ce type de traitement chez en moyenne 5 patients par mois. On peut estimer à environ 4000 le nombre annuel de perfusions de kétamine, certains patients recevant plusieurs administrations. Un dossier paru sur le site de la SFETD en avril 2016 a été consacré à cette problématique (20). Plusieurs études en France sont en cours (étude OKAPI (Étude observationnelle de la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique rebelle), KETAPAIN (NCT02467517), par exemple, afin de préciser les modalités pratiques d'utilisation, les posologies efficaces et le profil des patients répondeurs. Enfin, la question des effets secondaires de la kétamine (cas d'insuffisance hépatique), notamment sur l'utilisation à long terme (plusieurs semaines) et avec des fortes posologies (> 600 mg/j), particulièrement en réanimation des brûlés, a également été soulevée récemment (21, 22). C'est pourquoi, dans l'attente de recommandations, la SFETD propose le cadre sécuritaire suivant pour l'utilisation de kétamine dans la prise en charge de la douleur chronique. La kétamine est inscrite sur la liste des stupéfiants depuis le 24 avril 2017.

En juillet 2018, les sociétés américaines de la médecine de la douleur, des anesthésiologistes, de l'anesthésie loco-régionale, avec l'académie américaine de la médecine de la douleur, ont publié un article (23) confirmant la nécessité d'étoffer les données scientifiques disponibles par de nouvelles études cliniques portant sur un plus grand nombre de malades, pour pouvoir établir des recommandations précises sur l'utilisation de la kétamine intraveineuse dans la douleur chronique (contexte clinique, fourchettes de doses, modalités pratiques en relais de la voie intraveineuse, effets indésirables à long terme ...).

Dans l'attente de recommandations, la SFETD propose le cadre sécuritaire suivant pour l'utilisation de kétamine dans la prise en charge de la douleur chronique.

Cadre sécuritaire pour l'utilisation de la kétamine dans la prise en charge de la douleur

- La kétamine peut être proposée uniquement aux patients présentant des douleurs chroniques réfractaires sévères, après échec des traitements recommandés, en particulier les douleurs neuropathiques chroniques, les douleurs dans le cadre d'un syndrome douloureux régional complexe et les douleurs rebelles en situation palliative avancée et pour accompagner le sevrage des opioïdes dans les cas d'hyperalgésie induite par les opioïdes.
- Les administrations répétées de kétamine n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans les douleurs de fibromyalgie.
- Elle ne peut être proposée qu'après information du patient sur les bénéfices attendus et effets secondaires les plus fréquents et/ ou les plus graves.
- L'administration de kétamine doit être précédée d'un bilan quantifié et tracé de la douleur et de son retentissement, ainsi que d'une évaluation psychologique
- L'administration de kétamine est à réserver uniquement au cadre hospitalier.
- L'administration intraveineuse lente sur une à plusieurs heures est recommandée.
- La dose totale efficace dans la littérature varie de 0.15 mg/kg (en perfusion intraveineuse sur une heure) à 5 mg/kg (en perfusion continue sur plusieurs jours ou en perfusions répétées sur plusieurs jours, pour les doses élevées).
- Une surveillance continue sous cardioscope est préconisée pour des vitesses de perfusion de plus de 0,5 mg/kg/heure.
- Aux faibles doses de kétamine (0,5 à 1,5 mg/kg/jour), les effets psychodysléptiques sont rares (incidence de 1 patient sur 21 dans la littérature, réduite à 1 patient sur 35, après administration de benzodiazépine (7)).
- Lors de l'utilisation de fortes doses de kétamine, une prémédication systématique par benzodiazépine est par contre recommandée pour diminuer les effets psychodysléptiques (perturbation des sensations visuelles et/ou auditives (hallucinations) et troubles de l'humeur) ; en cas d'apparition d'effets psychodysléptiques, un traitement correcteur par titration de midazolam peut être proposé.
- L'indication de poursuivre une prise en charge par kétamine doit reposer sur une amélioration de la douleur et /ou de la qualité de vie du patient de plus de 30 % à moyen terme ; cette évaluation doit être tracée dans le dossier médical du patient.
- Dans tous les cas, l'intérêt de poursuivre des administrations répétées de kétamine sur du long terme, doit être régulièrement réévalué (par exemple en réunion de concertation pluridisciplinaire) avec traçabilité dans le dossier médical.
- Il est recommandé de réaliser un bilan hépatique régulièrement lors des administrations répétées de kétamine.
- Il n'existe pas de code CCAM pour cet acte d'analgésie (CCAM : classification commune des actes médicaux).

Recommandations :

✓ RECOMMANDATION 22

Indications :

En douleur chronique, la kétamine peut être proposée pour les patients souffrant de :

- douleurs réfractaires sévères, après échec des traitements recommandés ;
- douleurs rebelles en situation palliative avancée.

Elle s'intègre dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire associant notamment un psychiatre ou un psychologue.

✓ RECOMMANDATION 23

Modalités de prescription : Avant toute administration de kétamine (réservée au cadre hospitalier), le patient doit être informé des bénéfices et des effets indésirables de ce médicament. Un bilan clinique quantifié et tracé dans le dossier du patient, de la douleur et de ses conséquences est recommandé. Un bilan hépatique initial est préconisé afin de dépister un risque d'insuffisance hépatique.

✓ RECOMMANDATION 24

Modalités d'administration : il est préconisé que la kétamine soit administrée par voie intraveineuse sur une à plusieurs heures. En cas de dose $> 0,5$ mg/kg/h, une surveillance par cardioscope est recommandée, et en cas de dose $> 1,5$ mg/kg/jour, une prémédication par une benzodiazépine est recommandée afin de réduire l'incidence des effets indésirables psychodysléptiques. Le traitement par kétamine doit être administré et surveillé par un infirmier expérimenté. Un médecin doit être joignable à tout moment.

✓ RECOMMANDATION 25

Durée du traitement : L'indication de poursuivre une prise en charge par kétamine doit reposer sur une amélioration de la douleur et /ou de la qualité de vie du patient d'au moins 30 %; cette évaluation doit être tracée dans le dossier médical du patient. Toute administration répétée nécessite la réalisation d'un bilan hépatique régulier.

2. 1. 2. Perfusions de lidocaïne intraveineuse

La lidocaïne est un anesthésique local du type amide également utilisé comme un médicament anti-arythmique. Les effets antalgiques de la lidocaïne ont été décrits dans les années 1950 dans le cadre des douleurs cancéreuses et post-opératoires. Par la suite, des études expérimentales ont montré que la lidocaïne produit une analgésie par blocage des canaux sodiques, à la fois aux niveaux périphérique et central, y compris dans la corne dorsale de la moelle. La lidocaïne administrée par voie systémique atténuerait la douleur de désafférentation ou la douleur centrale. Plus récemment, la recherche a suggéré que l'action anti-nociceptive de la lidocaïne est plus complexe et que l'inhibition de décharges neuronales ectopiques est seulement l'un des nombreux mécanismes impliqués (23). Une revue systématique avec méta-analyse a fait la synthèse des essais contrôlés randomisés évaluant l'efficacité de la lidocaïne dans diverses étiologies de douleur neuropathique chronique (24). Au total, nous disposons de 10 essais contrôlés randomisés avec 329 patients inclus avec des résultats globaux en faveur d'une efficacité de la lidocaïne à long terme (24). Trois essais se sont plus particulièrement intéressés à la douleur neuropathique chez le blessé médullaire (25-27). Les posologies utilisées varient de 1 à 10 mg/kg, les durées de perfusion varient de 30 min à 5h. Néanmoins, on retrouve une efficacité avec diminution de 50 % de l'intensité douloureuse, pour les essais utilisant 5 mg/kg de lidocaïne et plus, avec un effet dose-dépendant, et une efficacité qui tend à s'améliorer quand la dose augmente (28). L'efficacité immédiate a été montrée à la fois sur les douleurs spontanées et provoquées (25). Une meilleure efficacité a été démontrée sur certains profils de patients, en particulier, la présence d'une allodynie est prédictive d'une meilleure efficacité (25). Des séries de cas cliniques rapportent un soulagement prolongé jusqu'à 8 à 22 semaines (29). Enfin, la lidocaïne intraveineuse est un médicament ancien, dont l'utilisation s'est largement développée pour traiter la douleur aiguë postopératoire ces dernières années, et dont le cadre sécuritaire de son usage est bien connu en anesthésie. Pour toutes ces raisons, la lidocaïne intraveineuse peut être proposée dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques réfractaires, notamment les douleurs neuropathiques centrales ou périphériques.

La lidocaïne intraveineuse dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques réfractaires

- La lidocaïne peut être proposée uniquement aux patients présentant des douleurs chroniques réfractaires sévères, après échec des traitements recommandés, en particulier les douleurs neuropathiques centrales et périphériques.
- Ce traitement n'est pas recommandé dans la fibromyalgie (absence d'étude).
- Elle ne peut être proposée qu'après information du patient sur les bénéfices attendus et effets secondaires les plus fréquents et/ ou les plus graves.
- L'administration de lidocaïne est à réserver uniquement au cadre hospitalier, sous une surveillance continue (cardioscope, pression artérielle et oxymétrie de pouls) par un personnel formé.
- La surveillance doit se poursuivre pendant 1 heure après la fin de la perfusion.
- L'administration intraveineuse lente sur une à plusieurs heures est recommandée.
- La dose moyenne totale recommandée est de 5 mg/kg sur une à plusieurs heures.

- L'indication de poursuivre une prise en charge par lidocaïne doit reposer sur une amélioration de la douleur et /ou de la qualité de vie du patient de plus de 30 % à moyen terme. Cette évaluation doit être tracée sur le dossier médical du patient
- En cas de surdosage, le risque est l'apparition de complications exceptionnelles neurologiques (crise comitiale généralisée) ou cardiaque (bradycardie sinusale).
- Les effets indésirables devant conduire à un arrêt de la perfusion doivent être connus (goût métallique dans la bouche, engourdissement des lèvres et de la langue, dysarthrie, et céphalées, somnolence).
- L'administration et la surveillance de la lidocaïne doit être réalisé avec un personnel formé.
- La disposition de l'antidote (intralipide) doit être à tout moment disponible et un protocole de « prise en charge en urgence » rédigé.
- Il n'existe pas de code CCAM pour cet acte d'analgésie.

Recommandations :

✓ RECOMMANDATION 26

Indications :

- **En douleur chronique, la lidocaïne par voie intraveineuse (IV) est préconisée pour les patients présentant des douleurs réfractaires après échec des traitements recommandés, en particulier les douleurs neuropathiques centrales et périphériques.**

✓ RECOMMANDATION 27

Conditions de prescription : Avant toute administration de lidocaïne IV (réservée au cadre hospitalier), le patient doit être informé des bénéfices et des effets indésirables de ce médicament. Un bilan clinique quantifié et tracé dans le dossier du patient, de la douleur et de ses conséquences, est recommandé ainsi qu'un ECG pour désister des contre-indications.

✓ RECOMMANDATION 28

Modalités d'administration : il est préconisé que la lidocaïne soit administrée par voie intraveineuse à la dose moyenne de 3 à 5 mg/kg sur une à plusieurs heures. Outre la surveillance clinique et régulière par du personnel formé, le patient doit bénéficier d'un monitoring comportant un cardioscope, un tensiomètre et un oxymètre de pouls, ceci jusqu'à une heure après la fin de la perfusion. L'intralipide, un antidote de la lidocaïne, doit être disponible dans l'unité de soins. Son utilisation doit faire l'objet d'un protocole écrit.

✓ RECOMMANDATION 29

Durée du traitement : L'indication de poursuivre une prise en charge par lidocaïne IV doit reposer sur une amélioration de la douleur et /ou de la qualité de vie du patient d'au moins 30 %; cette évaluation doit être tracée dans le dossier médical du patient.

2. 1. 3. Injections de toxine botulinique de type A

La toxine botulinique de type A, une neurotoxine puissante couramment utilisée pour le traitement de la dystonie et de la spasticité focale, présente des effets analgésiques indépendants de son action musculaire.

La toxine botulinique de type A en médecine de la douleur

- **Indications recommandées**

La toxine botulinique peut être utilisée dans le cadre de l'analgésie, pour les douleurs neuropathiques périphériques localisées (aire douloureuse < 240 cm²) en dernière intention (niveau de preuve faible) (30), ou pour la migraine chronique (niveau de preuve faible). Le traitement ne possède pas d'AMM dans ces indications en France. Il s'agit donc d'un traitement de recours réservé aux patients réfractaires aux traitements plus conventionnels.

- **Procédure recommandée**

Ce médicament de la réserve hospitalière et hors liste en sus, doit, selon le Résumé des caractéristiques du produit (RCP), « être administré dans le cadre d'une prise en charge globale multidisciplinaire par des médecins spécialistes ayant une bonne expérience de l'utilisation de la toxine botulinique et avec un plateau technique adapté. »

Les injections sont réalisées en intramusculaire pour la migraine chronique et en sous cutané pour la douleur neuropathique périphérique avec des doses allant de 25 à 300 unités. La durée d'efficacité est d'environ 3 mois et le patient peut donc revenir au bout de cette période pour un nouveau traitement.

Parmi les effets indésirables les plus fréquents, on retrouve la douleur en cours d'injection, qui peut nécessiter le recours à des traitements antalgiques comme l'EMLA (avant le traitement) ou le mélange de protoxyde d'azote et oxygène 50/50 (pendant le traitement). Les risques potentiels sont l'apparition d'une faiblesse musculaire ; les effets systémiques sont exceptionnels.

Sur les 8 actes CCAM d'injection de toxine botulinique existant en 2017, aucun n'est adapté aux injections réalisées en analgésie par voie sous-cutanée, dans les douleurs neuropathiques périphériques, essentiellement en raison d'une indication non encore reconnue et/ou d'une voie d'injection différente ou non encore identifiée.

Recommandations :

✓ RECOMMANDATION 30

Indications :

La toxine botulinique est recommandée pour les douleurs neuropathiques périphériques localisées (aire douloureuse < 240 cm²) en dernière intention (niveau de preuve faible), et pour la migraine chronique (niveau de preuve faible), dans le cadre d'un traitement de recours réservé aux patients réfractaires aux traitements plus conventionnels.

✓ RECOMMANDATION 31

Conditions de prescription : Avant toute administration de toxine botulinique (réservée au cadre hospitalier), le patient doit être informé des bénéfices et des effets indésirables de ce médicament. Un bilan clinique quantifié et tracé dans le dossier du patient, de la douleur et de ses conséquences, est recommandé. La toxine botulinique doit être administrée dans le cadre d'une prise en charge globale multidisciplinaire par des médecins spécialistes ayant une bonne expérience de l'utilisation de cet agent et avec un plateau technique adapté.

✓ RECOMMANDATION 32

Modalités d'administration : il est recommandé que les injections de toxine botulinique soient réalisées par voie intramusculaire pour la migraine chronique ou par voie sous-cutanée pour la douleur neuropathique périphérique. Les doses varient de 25 à 300 unités.

✓ RECOMMANDATION 33

Durée du traitement : La durée moyenne d'efficacité est de 3 mois et l'indication de poursuivre une prise en charge par toxine botulinique doit reposer sur une évaluation précise des bénéfices qui doit être tracée dans le dossier médical du patient.

2. 1. 4. Stimulation magnétique transcrânienne répétitive

Ces dernières années, la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) du cortex moteur, méthode de stimulation cérébrale non invasive et presque dénuée d'effets indésirables, a fait l'objet de plusieurs études suggérant son efficacité pour le traitement des douleurs chroniques neuropathiques ou dans la fibromyalgie réfractaires, à court terme, mais aussi à long terme sur 6 mois.

Recommandations sur la rTMS dans le traitement des douleurs chroniques

Ces recommandations sont celles de l'European Academy of Neurology (32) et sont en cours de remise à jour par la SFETD pour la douleur neuropathique.

• Indications recommandées

La rTMS est désormais proposée en soins courants par certaines structures labellisées douleur chronique ayant l'expertise de la technique, pour des patients douloureux chroniques réfractaires, notamment dans la fibromyalgie chronique (niveau de preuve faible).

• Protocole recommandé

Le protocole inspiré des études publiées comporte généralement 3 séances la première semaine, suivies d'une séance par semaine pendant 3 semaines, puis d'une séance toutes les 3 semaines pendant 6 mois. La neuronavigation est conseillée mais la zone à stimuler (cortex moteur) peut être aussi repérée par enregistrement électrophysiologique : enregistrement de potentiels moteurs de repérage avant stimulation (avec compte-rendu de l'acte réalisé par un enregistrement graphique de la courbe).

Les paramètres de stimulation les plus habituels en analgésie sont : 80 % du seuil moteur, fréquence 10 Hz, 1500 trains par séance.

Les effets indésirables sont rares et incluent surtout des céphalées après la séance. Les contre-indications majeures sont l'épilepsie, un pace maker, des prothèses auditives et une intervention neurochirurgicale.

Dans certaines structures labellisées douleur chronique, la première séance et la 5ème séance de rTMS (au bout d'un mois) sont effectuées en HDJ comportant alors une évaluation pluridisciplinaire et pluri-professionnelle (évaluation de la douleur, évaluation psychologique, évaluation du sommeil).

Il n'existe pas de code CCAM pour la rTMS. Un projet de recherche médico-économique est en cours dans l'indication douleur, avec pour objectif d'obtenir la cotation d'un acte CCAM valorisant la technique et permettant son remboursement.

Recommandations :

✓ RECOMMANDATION 34

Indications :

- La rTMS est proposée en soins courants par certaines structures labellisées douleur chronique ayant l'expertise de la technique, pour des patients douloureux chroniques réfractaires, notamment dans la fibromyalgie chronique après échec de l'ensemble des traitements conventionnels (niveau de preuve faible).

✓ RECOMMANDATION 35

Conditions de prescription : Avant toute réalisation de rTMS, le patient doit être informé des bénéfices et des effets indésirables de cette technique. Un bilan clinique quantifié et tracé dans le dossier du patient, de la douleur et de ses conséquences, est recommandé. Une évaluation psychologique et psychopathologique par un psychologue et une évaluation complète du sommeil par un spécialiste du sommeil sont préconisés par certaines équipes.

✓ RECOMMANDATION 36

Modalités thérapeutiques : le protocole pour la rTMS le plus utilisé est le suivant: 3 séances la première semaine, puis une séance par semaine pendant 3 semaines, puis d'une séance toutes les 3 à 4 semaines pendant 6 mois. La neuronavigation est conseillée mais la zone à stimuler (cortex moteur) peut être aussi repérée par enregistrement électrophysiologique : enregistrement de potentiels moteurs de repérage avant stimulation (avec compte-rendu de l'acte réalisé par un enregistrement graphique de la courbe).

Les paramètres de stimulation les plus habituels en analgésie sont : 80 % du seuil moteur, fréquence 10 Hz, 1500 trains par séance.

✓ RECOMMANDATION 37

Durée du traitement : Le bilan clinique médical et paramédical réalisé avant les séances de rTMS est renouvelé un mois après le début du traitement. La poursuite de ce dernier doit reposer sur une amélioration de la douleur et /ou de la qualité de vie du patient d'au moins 30 %; cette évaluation doit être tracée dans le dossier médical du patient.

2. 1. 5. Perfusions IV de Bisphosphonates

En attendant des études ultérieures de bonne qualité méthodologique, il est recommandé (niveau de preuve faible) d'envisager une cure unique de pamidronate (hors AMM) dans les syndromes douloureux régionaux complexes (SDRC) évoluant depuis moins d'un an, avec hyperactivité osseuse à la scintigraphie osseuse au technétium.

2. 2. Traitements disposant d'une AMM en analgésie

2. 2. 1. Application de patchs de haute concentration de capsaïcine (8 %) (Qutenza)

Le QUTENZA® est un patch cutané contenant de la capsaïcine à forte concentration (8 %), qui possède une AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques de l'adulte, et qui fait l'objet en France d'une dispensation hospitalière. La capsaïcine est un agoniste des récepteurs vanilloïdes (TRPV1, transient receptor potential vanilloïde 1) sur les fibres nociceptives. Cette activation des récepteurs induit une dépolarisation, l'initiation d'un potentiel d'action et la transmission des influx nociceptifs à la moelle épinière. Après plusieurs jours d'application, les neurones sensoriels contenant les récepteurs TRPV1 sont désensibilisés, ce qui réduit la transmission douloureuse.

Recommandations concernant l'utilisation des patchs de haute concentration de capsaïcine en hôpital de jour

- **Indication recommandée**

Les patchs de haute concentration de capsaïcine (QUTENZA®) sont recommandés et ont l'AMM pour le « traitement des douleurs neuropathiques périphériques chez les adultes, seul ou en association avec d'autres médicaments antidouleur ».

QUTENZA® est un traitement de 2^e intention et plus, en association à d'autres antalgiques, dans la prise en charge des douleurs neuropathiques périphériques localisées, évaluables et délimitées, chez les adultes non diabétiques (33). En 2010, la commission de la Transparence a souhaité réserver son utilisation aux patients en échec aux traitements de première intention et dans des structures spécialisées de prise en charge de la douleur. Selon l'avis de la Commission de transparence d'octobre 2016, publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017 : la prescription de QUTENZA® doit être réalisée « après avis d'un médecin spécialisé dans la prise en charge de la douleur » (34).

- **Procédure recommandée (consensus professionnel, RCP du produit, guide d'administration du produit (36))**

En France, la dispensation des patchs de Qutenza® se fait, à ce jour, exclusivement dans le cadre d'une procédure hospitalière, en hôpital de jour (qu'il s'agisse d'un HDJ douleur ou relevant d'une autre spécialité).

Le patch doit être appliqué par un médecin ou par un professionnel de santé formé à l'utilisation de ce traitement sous la supervision d'un médecin, de façon à recouvrir une aire cutanée de 1000 cm² maximum, soit l'équivalent de 4 patchs par patient. La durée d'effet est d'environ 3 mois et le patient peut alors revenir pour une nouvelle application. Le patch est appliqué sur les régions cutanées les plus douloureuses.

Avant application, la région douloureuse doit être déterminée par un médecin et délimitée par un marquage sur la peau. Le patch peut être coupé aux dimensions et à la forme de la région à couvrir. La région d'application peut être prétraitée au mieux par l'application de froid avant, pendant et après la procédure. Le patch doit être laissé en place pendant 30 minutes pour les pieds et 60 minutes pour les autres endroits du corps et appliqué sur peau sèche et intacte, en évitant le visage (hors AMM).

Un certain nombre d'arguments (listés ci-dessous) justifient le maintien de cette dispensation hospitalière.

Le traitement peut provoquer une sensation de brûlure sur la peau. Il faut donc porter des gants en nitrile lors de chaque manipulation de QUTENZA® et lors du nettoyage des zones traitées. Il ne faut pas utiliser des gants latex car ils n'assurent pas une protection suffisante. Le port d'un masque et de lunettes de protection est recommandé, en particulier lors de l'application et du retrait du patch. Ces précautions doivent être prises pour éviter de toucher involontairement les patchs et les autres matériels qui sont entrés en contact avec les zones traitées. Une exposition accidentelle peut entraîner, de façon transitoire, érythème et sensation de brûlure (les muqueuses étant particulièrement sensibles), douleur oculaire, irritation des yeux et de la gorge, toux.

Les effets indésirables les plus couramment observés (chez plus d'un patient sur 10) sont la douleur et la rougeur au niveau du site d'application. Cependant des poussées d'hypertension ont été observées et c'est pourquoi le traitement doit faire l'objet d'une surveillance de la tension artérielle pendant et après son utilisation topique.

Il faut avertir le patient du risque de réduction de la fonction sensorielle (aux stimuli thermiques et mécaniques), mineures et temporaires, après application de QUTENZA, par exemple trouble de la détection de la chaleur et de la sensibilité aux objets pointus.

L'hospitalisation de jour est indispensable pour garantir le cadre sécuritaire et technique nécessaire à la réalisation de cet acte d'analgésie.

Il n'existe pas de code CCAM.

Recommandations :

✓ RECOMMANDATION 38

Indications :

- **Les patchs de haute concentration de capsaïcine sont recommandés et ont l'AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques chez les adultes, seul ou en association avec d'autres médicaments antidouleur. Il s'agit d'un traitement de seconde intention et plus.**

✓ RECOMMANDATION 39

***Conditions de prescription :* Avant toute application de patchs de haute concentration de capsaïcine, le patient doit être informé des bénéfices et des effets indésirables de ce traitement. Un bilan clinique quantifié et tracé dans le dossier du patient, de la douleur et de ses conséquences, est recommandé.**

✓ RECOMMANDATION 40

Modalités d'administration : il est recommandé que le traitement par patchs de haute concentration de capsaïcine soit dispensé en hôpital de jour. Avant application cutanée, la région douloureuse doit être déterminée par un médecin et délimitée par un marquage sur la peau. Le patch doit être appliqué par un médecin ou par un professionnel de santé formé à l'utilisation de ce traitement sous la supervision d'un médecin, dans une salle suffisamment aérée, muni de gants en nitrile, d'un masque et de lunettes de protection. La région d'application peut être prétraitée au mieux par l'application de froid avant, pendant et après la procédure. Le patch doit être laissé en place pendant 30 minutes pour les pieds et 60 minutes pour les autres endroits du corps.

✓ RECOMMANDATION 41

Durée du traitement : La durée d'efficacité du traitement par patchs de haute concentration de capsaïcine est de 3 mois et une nouvelle application peut être envisagée après cette période. La poursuite du traitement repose toutefois sur une amélioration de la douleur et /ou de la qualité de vie du patient d'au moins 30 %; cette évaluation doit être tracée dans le dossier médical du patient.

2. 2. 2. Techniques analgésiques locorégionales dans le traitement de la douleur chronique

L'analgésie locorégionale est un ensemble de modalités thérapeutiques proposées dans certaines situations de douleur chronique. Ces situations recouvrent des champs divers (pathologies variées, localisations multiples). Ces techniques s'intègrent dans des algorithmes thérapeutiques (traitements médicamenteux, traitements non médicamenteux, chirurgie ...) plus ou moins formalisés et validés selon les pathologies. Les techniques d'analgésie loco-régionale qui peuvent être proposées au patient douloureux chronique ne seront pas toutes décrites dans le chapitre 5.

Recommandations concernant l'analgésie loco-régionale

Les thérapeutiques analgésiques ont fait l'objet de recommandations par la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et la SFETD (31).

- **Indications recommandées**

Les recommandations ont particulièrement mis en évidence l'intérêt de six techniques. Il s'agit du bloc du nerf grand occipital (ou nerf d'Arnold) en cas de céphalées cervico-géniques, du bloc du ganglion stellaire pour le syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur, de l'analgésie locorégionale périphérique avec mise en place d'un cathéter pour la rééducation du syndrome douloureux régional complexe des membres, du bloc coeliaque et hypogastrique dans les douleurs cancéreuses du pancréas et du petit bassin et des techniques d'administration intrathécale pour les douleurs sévères rebelles (consensus professionnel) (Cf. paragraphe B. 2. « analgésie intrathécale »).

• Procédure recommandée

La procédure est différente selon les techniques mais les points essentiels sont, d'une part, la réalisation de l'acte par un anesthésiste ou un radiologue interventionnel, et d'autre part, la réalisation du geste dans un environnement lui permettant de faire face aux complications éventuelles de la technique. C'est pourquoi, la même réglementation que celle qui s'applique à l'anesthésie doit être observée en termes de jeûne, de surveillance, de matériel à disposition, de sécurité et d'asepsie.

2. 2. 2. 1. Analgésie intrathécale dans le cadre de douleurs rebelles ou réfractaires

La venue d'un patient pour analgésie intrathécale comporte plusieurs phases : l'évaluation pluridisciplinaire et pluri-professionnelle de la douleur chronique, la prescription médicale des médicaments intrathécaux (monothérapie ou mélange de plusieurs produits / concentration, volume, posologie quotidienne), la préparation de la solution intrathécale à la pharmacie, le remplissage du réservoir de la pompe et le réglage des paramètres de la pompe d'après la prescription médicale, avec un appareil de télémetrie externe (perfusion continue +/- bolus selon les produits prescrits).

En cas d'administration intrathécale simultanée de plusieurs produits (situation de loin la plus fréquente), la modification de posologie d'un seul médicament nécessite de refaire le mélange intrathécal, ce qui conduit à une vidange de la pompe, puis à un nouveau remplissage de pompe suivi d'une nouvelle programmation, qui tiendra compte des modifications de concentration(s) dans le cathéter implanté.

Ces situations d'analgésie intrathécale relèvent d'une prise en charge en hôpital de jour avec facturation d'un GHS (quel que soit le produit ou mélange intrathécal) pour des raisons de sécurité et de surveillance particulière (expertise du binôme médecin-infirmier, compétences et formation spécifiques, circuit sécurisé entre la pharmacie et l'Unité ambulatoire).

L'antalgie intrathécale :

- demande en effet des compétences spécifiques : médecins spécialisés, formés à ces techniques, expérimentés, avec une expertise médicale pour le choix des produits et la prescription des mélanges intrathécaux ;
- nécessite la mise à disposition par l'unité ambulatoire, d'une salle interventionnelle ;
- requiert pluridisciplinarité et interdisciplinarité avec traçabilité détaillée des parcours et circuit (parcours du patient douloureux chronique, circuit de la préparation intrathécale entre la (ou les) pharmacie(s) et l'Unité ambulatoire) ;
- exige une surveillance spécifique : une injection accidentelle de tout ou d'une partie des médicaments prescrits dans la loge sous-cutanée d'implantation de la pompe, au lieu du réservoir de la pompe, peut être à l'origine de symptômes de surdosage, sous-dosage ou sevrage (taux d'occurrence faible de l'ordre de 0,01 %) ;
- peut nécessiter le recours au plateau technique en cas de complications (mécaniques, médicamenteuses ou infectieuses).

Dans certains cas, le patient peut nécessiter d'être pris en charge en milieu hospitalier avant la date du prochain remplissage de la pompe, pour un ajustement de posologie sans remplissage de pompe. L'ajustement isolé des paramètres de la pompe (via une nouvelle programmation par télémetrie) relève à notre avis d'une facturation en externe.

Recommandations concernant l'analgésie intrathécale dans le cadre de douleurs chroniques rebelles

Ces recommandations sont celles de l'AFSSAPS de 2010 (17), de la SFAR-SFETD de 2013 (31), puis des Référentiels inter-régionaux en Soins Oncologiques de Support de l'AFSOS de 2014 : « Prise en charge de la douleur cancéreuse : antalgie intrathécale » (35).

• Indications et traitements recommandés

Il faut réaliser une analgésie intrathécale dans les douleurs chroniques cancéreuses qui restent réfractaires malgré un traitement bien conduit (suivant les recommandations de l'OMS) et chez les patients ayant des effets indésirables graves avec les traitements antalgiques conventionnels. Il est aussi possible de traiter des douleurs prolongées, non cancéreuses, réfractaires aux traitements antalgiques conventionnels bien conduits, ou en cas d'intolérance aux traitements antalgiques systémiques et en l'absence d'alternative thérapeutique, par une administration continue intrathécale ou péridurale.

Les traitements recommandés par les sociétés savantes (SFAR, SFETD, AFSOS) pour l'analgésie intrathécale, incluent la morphine, médicament de référence (diffusion médullaire élevée), deux anesthésiques locaux (la bupivacaïne, non disponible en France à forte concentration (40 mg/ml) et la ropivacaïne), et le ziconotide qui a l'AMM dans « le traitement des douleurs chroniques intenses chez les patients nécessitant une analgésie ». Le baclofène injectable peut également être utilisé dans le cadre de l'analgésie intrathécale, dans les spasticités douloureuses sévères, réfractaires aux traitements conventionnels.

– Dans les douleurs cancéreuses :

La mise en place d'une pompe implantable est possible si la survie du patient est estimée au moins à trois mois. A l'exception des symptomatologies localisées, chez les patients ayant une espérance de vie courte, il n'est pas possible de recommander l'analgésie péridurale (consensus professionnel). Il ne faut pas utiliser des cathéters externalisés, pour des raisons sécuritaires sur du long terme (risque infectieux). La morphine est le médicament de référence (diffusion médullaire élevée). Le ziconotide peut être utilisé en première intention. Morphine, ziconotide et anesthésiques locaux peuvent être utilisés en association.

– Dans les douleurs non cancéreuses :

Il faut utiliser la morphine en administration intrathécale chez des patients douloureux chroniques en cas d'échec des thérapies conventionnelles après sélection rigoureuse (niveau de preuve faible). Le ziconotide peut être utilisé en cas d'échec de la morphine intrathécale (niveau de preuve faible). L'administration intrathécale ou péridurale d'anesthésiques locaux est efficace en terme de douleur et de qualité de vie, à long terme, dans le traitement des douleurs réfractaires (niveau de preuve faible). Aucune recommandation quant au choix de l'anesthésique local ne peut être formulée.

Selon la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMST) du 28 janvier 2014, l'indication retenue pour la mise en place d'une pompe programmable à débit variable est « l'administration intrathécale d'antalgiques dans le traitement des douleurs chroniques intenses réfractaires aux traitements opiacés ou non opiacés administrés par voie systémique ».

- **Procédure recommandée (consensus professionnel)**

L'antalgie intrathécale par pompe implantable est une technique invasive réservée aux douleurs réfractaires, qui implique des anesthésistes et/ou des chirurgiens (pour l'implantation) et des médecins qualifiés en douleur chronique. Elle doit faire l'objet d'une discussion collégiale (oncologues, radiothérapeutes, algologues, anesthésistes, radiologues, psychiatres ...) en coordination avec les soignants extérieurs et l'entourage du patient : l'indication est posée en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Après la phase d'hospitalisation de quelques jours pour implantation chirurgicale d'une pompe programmable sous cutanée, reliée à un cathéter intrathécal, va débuter la phase d'équilibration antalgique : les patients sont alors pris en charge en hôpital de jour pour l'adaptation progressive du traitement antalgique intrathécal.

Il convient d'assurer une disponibilité permanente (24h/24) en cas de problème avec numéro d'appel direct pour le patient.

L'objectif des hôpitaux de jour dans le cas de l'analgésie intrathécale, vise à permettre, outre le remplissage et la programmation des pompes, une évaluation spécialisée pluridisciplinaire et pluri-professionnelle (permettant un bilan complet du syndrome douloureux chronique, de son caractère réfractaire, de son retentissement sur la qualité de vie) et une évaluation de la tolérance au traitement intrathécal.

A l'évaluation fait suite la prescription de la préparation intrathécale (monothérapie ou mélange de 1 à 4 médicaments). La prescription médicamenteuse implique une collaboration indispensable avec la pharmacie, selon une procédure propre à chaque site (ou à chaque région), mais toujours validée par une procédure écrite en amont, précisant le parcours du patient et le circuit du ou des médicaments, avec toutes les étapes de contrôle, de la préparation (sous hotte à flux laminaire) à l'acheminement réglementé de la préparation intrathécale vers l'hôpital de jour.

Après évaluation, prescription, préparation et acheminement du mélange intrathécal, vient le temps de remplissage du réservoir de la pompe dans des conditions d'asepsie rigoureuse, et dans un environnement adapté (avec appareils de monitoring), puis la programmation des paramètres de la pompe, conformément à la prescription médicale, puis le temps de la traçabilité des paramètres et posologies des médicaments délivrés par la pompe sur un carnet spécifique (remis au patient après l'implantation de la pompe, en même temps que la carte dédiée aux patients porteurs de dispositifs implantables). Le carnet de suivi comporte les coordonnées des personnes susceptibles d'être contactées en cas de problèmes.

Une surveillance des paramètres hémodynamiques et de l'état ventilatoire est nécessaire avant et après le remplissage de la pompe et son paramétrage par télémetrie.

Avant la sortie, est fixé le prochain RV d'hospitalisation de jour pour le suivi et l'adaptation progressive du traitement intrathécal.

Il est important de tracer les données de l'évaluation et toutes les étapes de la procédure d'HDJ dans le compte-rendu d'hospitalisation.

Recommandations :

✓ RECOMMANDATION 42

Indications : Une analgésie intrathécale ou périurale peut être proposée pour les douleurs cancéreuses ou les douleurs chroniques non cancéreuses, réfractaires à un traitement bien conduit, et /ou chez les patients ayant des effets indésirables graves avec les traitements antalgiques conventionnels et en l'absence d'alternative thérapeutique. La mise en place d'une pompe implantable programmable peut être envisagée pour le traitement des douleurs chroniques intenses réfractaires aux traitements opiacés ou non opiacés administrés par voie systémique.

✓ RECOMMANDATION 43

Conditions de mise en œuvre : L'antalgie intrathécale par pompe implantable est une technique invasive réservée aux douleurs réfractaires, qui implique des anesthésistes et/ou des chirurgiens (pour l'implantation) et des médecins qualifiés en douleur chronique et formés à la technique (pour le suivi). L'indication doit faire l'objet d'une discussion collégiale (oncologues, radiothérapeutes, algologues, anesthésistes, radiologues, soins de support, psychiatres ...) en coordination avec les soignants extérieurs et l'entourage du patient : l'indication est posée en réunion de concertation pluridisciplinaire. En cancérologie ou en soins palliatifs, l'évaluation psychologique préalable est facultative ou différée car l'amélioration de la qualité de vie doit primer.

✓ RECOMMANDATION 44

Modalités d'administration : Les traitements recommandés par les sociétés savantes (SFETD, SFAR, AFSOS) pour l'analgésie intrathécale, incluent la morphine, la bupivacaïne, la ropivacaïne, le ziconotide, le baclofène et la clonidine. Il est recommandé que la préparation des médicaments administrés par voie intrathécale soit réalisée dans une pharmacie hospitalière spécialisée permettant le contrôle de la stérilité et de la conformité des préparations. Il est recommandé que l'injection périmédullaire soit réalisée sous stricte condition d'asepsie, et que le patient soit hospitalisé en hôpital de jour (HDJ). Une surveillance stricte clinique et des paramètres hémodynamiques et ventilatoires est recommandée avant, pendant, et après le remplissage de la pompe et son paramétrage par télémétrie.

✓ RECOMMANDATION 45

Durée du traitement : Il est recommandé qu'un carnet de suivi du traitement soit remis au patient, comportant les coordonnées des personnes à contacter en cas de problèmes. Avant la sortie d'HDJ, un nouveau rendez-vous d'HDJ est fixé pour le suivi et l'adaptation progressive du traitement intrathécal. Il est recommandé de tracer les données de l'évaluation et toutes les étapes de la procédure d'HDJ dans le compte-rendu d'hospitalisation.

2. 2. 3. Mise en place d'une pompe d'antalgie auto-contrôlée par le patient (pompe PCA d'opiacés) par voie intraveineuse ou sous-cutanée, dans le cadre de la douleur cancéreuse chronique rebelle

Selon la situation clinique du patient, la mise en place de la pompe PCA nécessitera soit une hospitalisation complète de 2 à 5 jours, soit une hospitalisation de jour (décision laissée à l'appréciation de l'équipe médicale). Cette activité se fait soit dans le cadre de l'activité douleur chronique, soit dans le champ des soins palliatifs.

Dans le cadre d'une initiation de la thérapeutique en HDJ :

- Socle de 2 prestations intellectuelles (médecin, IDE) et d'un acte technique (la mise en place d'une pompe PCA avec remplissage de la pompe et programmation) ;
- Par sécurité, surveillance prolongée de 5h à 8h par le binôme médecin et IDE douleur, pour évaluation de l'efficacité et de la tolérance au traitement, et ajustement éventuel des paramètres de la pompe en cours de journée.

2. 2. 4. Prise en charge de douleurs intenses, induites par les soins, chez l'enfant : actes de sédation/analgésie +/- MEOPA

- Population pédiatrique concernée : très jeunes enfants ou enfants handicapés.
- Prise en charge de la douleur induite par une équipe pluri-professionnelle (médecin douleur, infirmière, psychologue) : évaluation, soins, accompagnement, surveillance.

Médicaments administrés et techniques utilisées : morphine, hypnovel, MEOPA, parfois kétamine IV, avec des techniques de distraction/hypnose.

Ces prises en charge relèvent d'une hospitalisation de jour avec facturation d'un GHS : socle de 3 à 4 actes (2 ou 3 prestations intellectuelles et 1 acte technique) et besoin d'une surveillance prolongée (durée adaptée à la situation).

3. Recommandations de la SFETD concernant les actes d'analgésie en hôpital de jour

3. 1. Nature des hospitalisations de jour proposées

Plusieurs types d'HDJ sont envisageables :

1. **Maintien des HDJ « thérapeutiques » pour des spécialités médicales ayant une AMM, une ATU ou RTU.** Une réflexion est en cours pour les spécialités médicales hors AMM, à partir de plusieurs paramètres : le niveau de preuve scientifique, le service médical rendu en situation d'impasse thérapeutique, les exigences sur le plan sécuritaire, le coût de la prise en charge.

Il faut identifier les produits « à risque » dont l'administration doit se faire obligatoirement en hôpital de jour, pour des raisons de sécurité optimale, afin de permettre au patient de bénéficier d'une surveillance médicale et paramédicale adéquate (identique à celle d'une hospitalisation complète).

La facturation en externe pour l'administration de médicaments de la réserve hospitalière, en « environnement hospitalier », pose la question des besoins techniques nécessaires à la réalisation de l'acte et des conditions de sa surveillance : autrement dit, est-ce qu'une salle de consultation éloignée de l'HDJ et du plateau technique est adaptée ? Quelles sont les exigences à respecter dans le cadre d'une prestation externe ?

2. **Développement d'HDJ « diagnostiques », dans un contexte de maladie douloureuse chronique invalidante :** bilan de situations douloureuses chroniques complexes à visée diagnostique, puis thérapeutique, associant :

- évaluation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle : prise en charge multidimensionnelle globale, bio-psycho-sociale ; prestations intellectuelles multiples sans actes techniques ;
- médecin douleur, psychiatre, +/- recours à d'autres spécialistes si besoin (SDC ou hors SDC) ;
- autres professionnels non médecins (en fonction de la pathologie et de la situation clinique) : IDE, psychologue, kinésithérapeute, assistant du service social ... ;
- questionnaires d'évaluation indispensables ;
- bilan psychologique, psychopathologique, psychiatrique ;
- explorations complémentaires (si nécessaire) ;

Ces bilans « un jour donné » en SDC permettent, par l'unité de lieu et de temps, de regrouper les évaluations et les examens éventuels et favorisent les échanges entre professionnels de santé : gain de temps (en termes de délais d'attente, pour les RV de consultations), réduction de l'impact délétère sur la qualité de vie du patient, des bilans multiples, étalés dans le temps en des lieux différents et parfois loin du domicile (sources de douleur, fatigue, anxiété et handicap supplémentaires).

- A l'issue de cet HDJ, **une synthèse diagnostique documentée** sera rédigée par le médecin coordinateur (bilan étiologique, bilan psychologique, facteurs d'entretien ...) et **un programme thérapeutique multimodal personnalisé** sera proposé au patient, comportant les objectifs thérapeutiques visés, les acteurs de soins sollicités (en ville et au sein de la SDC), les actions à mener, le protocole de coopération envisagé entre les différents professionnels de santé.
- Un compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin référent du patient et aux correspondants médicaux impliqués dans sa prise en charge.
- Durant cet HDJ : informations du patient sur la (ou les) causes de son syndrome douloureux chronique et conseils d'éducation thérapeutique (ETP) (hors programmes d'ETP labellisés par l'ARS).
- Ces bilans d'HDJ « diagnostiques » permettront ainsi de mieux définir la stratégie thérapeutique pour les patients douloureux complexes et de limiter les situations d'errance diagnostique, de « nomadisme » des patients et d'épuisement des professionnels de santé.

Ces HDJ médicaux peuvent également être proposés en 2° ou 3° ligne :

- Bilan d'HDJ intermédiaire pour décider de la poursuite ou de l'arrêt d'une thérapeutique,
- Bilan d'HDJ proposé en cas d'échec de toutes les thérapeutiques proposées par la SDC, avant de mettre en place une thérapeutique invasive.

3. 2. Traçabilité de la prise en charge du patient en HDJ

La SFETD recommande que chaque dossier médical, concerné par des activités douleur, soit parfaitement renseigné. En l'absence de traçabilité suffisante, l'HDJ risque d'être déclassé par l'Assurance Maladie lors des contrôles.

3. 2. 1. Traçabilité des activités ambulatoires

- Si la technique réalisée en HDJ est indiquée du fait du caractère rebelle ou réfractaire de la douleur, il faut que le motif soit tracé dans le dossier médical du patient et dans le compte-rendu d'HDJ, avec des arguments à l'appui.
- Le parcours du patient doit être tracé dans le dossier médical, de même que le suivi réalisé : évaluation pluridisciplinaire, recours à la structure douleur chronique conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (1) :
 - Patient pris en charge régulièrement en structure spécialisée douleur, pour l'un des motifs suivants : avis diagnostique complémentaire requis pour évaluation approfondie et multidimensionnelle des déterminants et des mécanismes de la douleur (face à une douleur invalidante avec répercussions importantes sur la qualité de vie), avis thérapeutique complémentaire indispensable, approche pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire nécessaire (approche psychologique, sociale ou physique, et éducation thérapeutique) ou geste thérapeutique spécifique relevant des compétences d'une structure douleur chronique.
 - Traçabilité des examens complémentaires réalisés et/ou des avis spécialisés pris (comptes-rendus accessibles).

- Inefficacité ou intolérance aux traitements conventionnels administrés selon les recommandations en vigueur, en précisant les thérapeutiques médicamenteuses en cours et antérieures, avec posologie, durée de traitement, efficacité, effets secondaires, cause d'arrêt éventuelle ... et les thérapeutiques non médicamenteuses en cours et antérieures.
- Recours éventuel à une thérapeutique invasive, validé en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) où l'avis du psychiatre peut être nécessaire (compte-rendu de RCP dans le dossier médical du patient), après information éclairée du patient en amont de l'HDJ sur la technique antalgique et les médicaments proposés (efficacité attendue, effets indésirables, alternatives ...): traçabilité, dans le dossier médical, de l'information orale délivrée au patient et des éventuels documents d'information remis.
- Le diagnostic principal, au sens du PMSI, est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours du séjour. Si le diagnostic principal retenu (via la CIM 10) dans le cadre d'une facturation de GHS (HDJ) est celui d'une « douleur chronique irréductible » (« douleur chronique irréductible neuropathique » R52.10 ou « douleurs chronique irréductibles, autres et non précisées » R52.18), il faut justifier par écrit que le motif principal du séjour est bien une prise en charge spécifique algologique : patient pris en charge en structure spécialisée, chronicité de la douleur, avis pluridisciplinaire, projet thérapeutique défini, douleur résistant au traitement a priori bien conduit et suivi envisagé (conformément aux recommandations en vigueur).
- Si l'administration du médicament ou le geste d'analgésie s'intègre dans une prise en charge pluridisciplinaire et/ou pluri-professionnelle et que plusieurs actes techniques ont été réalisés en HDJ, tous les détails devront être précisés dans le dossier médical (noms et fonctions des personnes impliquées, actes réalisés etc.).
- Si le patient présente un terrain à risque, il faut le préciser de manière claire dans le dossier du patient.
- Dans tous les cas, il faut tracer la prise en charge en HDJ : médecin et soignants en charge du patient (noms, fonctions), bilans cliniques réalisés et questionnaires d'évaluation remplis (actes CCAM à colliger), éléments de surveillance tracés (par exemple : pression artérielle, fréquence cardiaque, score d'intensité douloureuse sur une échelle validée ...), ordonnances de sortie réalisées, suivi programmé (avec les dates de rendez-vous).
- Une synthèse écrite de tous les avis du jour (avis diagnostiques et/ou thérapeutiques) doit être consigné par écrit par le médecin coordinateur.
- Un compte-rendu d'hospitalisation détaillé doit être fait par le médecin coordinateur à l'issue de l'HDJ et être accessible dans le dossier médical du patient.
- Un compte-rendu d'HDJ type peut être proposé, afin d'aider les structures à répondre à tous les éléments de traçabilité.

3. 2. 2. Traçabilité des décisions et information du patient pour les traitements hors AMM

Il est nécessaire de préciser si le médicament administré en ambulatoire dispose d'une AMM en analgésie et si l'administration est faite dans le cadre de son indication d'AMM.

Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription hors AMM, sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient. Le prescripteur informe le patient de la prescription hors AMM ou de l'existence d'une RTU, des risques encourus, des contraintes et bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient.

Si le médicament ne dispose pas d'une AMM en analgésie, il faut l'indiquer dans le dossier et tracer l'information délivrée au patient : « *le médicament est prescrit hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) ; le patient a été informé* ». Il faut aussi préciser s'il dispose d'une Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) ou s'il est administré hors AMM et hors RTU.

Il peut être également utile de mentionner par écrit l'argumentation scientifique, pour donner une idée du niveau de preuve : références des publications à comité de lecture, travaux des Sociétés savantes (protocoles en cours). Il est enfin important de préciser que la justification médicale repose sur une absence d'alternative thérapeutique face à une douleur réfractaire à tous les autres traitements, autrement dit face à une prise en charge complexe de la douleur, émaillée d'échecs thérapeutiques. Si le médecin qui propose ce type de prise en charge considère qu'il y a une perte de chance à ne pas le proposer au regard des avantages et inconvénients du produit, il doit le spécifier.

► Références

1. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.
2. Conception et création d'une unité ambulatoire - Repères méthodologiques de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), décembre 2017.
3. Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0100_0136.pdf
4. Bell, R.F., Dahl J.B., Moore R.A., Kalso E. Perioperative ketamine for acute postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006(1): p. CD004603.
5. Carstensen, M. and A.M. Moller, Adding ketamine to morphine for intravenous patient-controlled analgesia for acute postoperative pain: a qualitative review of randomized trials. *Br J Anaesth*, 2010. 104(4): p. 401-6.
6. Dahmani, S., Michelet D., Abback P.S., Wood C., Brasher C., Nivoche Y., Mantz J. Ketamine for perioperative pain management in children: a meta-analysis of published studies. *Paediatr Anaesth*, 2011. 21(6): p. 636-52.

7. Elia, N. and M.R. Tramer, Ketamine and postoperative pain--a quantitative systematic review of randomised trials. *Pain*, 2005. 113(1-2): p. 61-70.
8. Laskowski, K., Stirling A., McKay W.P., Lim H.J. A systematic review of intravenous ketamine for postoperative analgesia. *Can J Anaesth*, 2011. 58(10): p. 911-23.
9. Maher DP, Chen L, Mao J. Intravenous Ketamine Infusions for Neuropathic Pain Management: A Promising Therapy in Need of Optimization. *Anesth Analg*. 2017;124: 661-674.
10. De Maricourt, P., Jay T., Goncalvès P., L o H., Gaillard R. [Ketamine's antidepressant effect: focus on ketamine mechanisms of action]. *Encephale*, 2014. 40(1): p. 48-55.
11. Noppers, I.M., Niesters M., Aarts L.P., Bauer M.C., Drewes A.M., Dahan A., Sarton E.Y. Drug-induced liver injury following a repeated course of ketamine treatment for chronic pain in CRPS type 1 patients: a report of 3 cases. *Pain*, 2011. 152(9): p. 2173-8.
12. Niesters, M., C. Martini, and A. Dahan, Ketamine for chronic pain: risks and benefits. *Br J Clin Pharmacol*, 2014. 77(2): p. 357-67.
13. Sigtermans, M.J., Van Hilten J.J., Bauer M.C., Arbous M.S., Marinus J., Sarton E.Y., Dahan A. Ketamine produces effective and long-term pain relief in patients with Complex Regional Pain Syndrome Type 1. *Pain*, 2009. 145(3): p. 304-11.
14. Schwartzman, R.J., Alexander G.M., Grothusen J.R., Paylor T., Reichenberger E., Perreault M., Outpatient intravenous ketamine for the treatment of complex regional pain syndrome: a double-blind placebo controlled study. *Pain*, 2009. 147(1-3): p. 107-15.
15. Amr, Y.M., Multi-day low dose ketamine infusion as adjuvant to oral gabapentin in spinal cord injury related chronic pain: a prospective, randomized, double blind trial. *Pain Physician*, 2010. 13(3): p. 245-9.
16. <http://sfar.org/wp-content/uploads/2016/08/2-Reactualisation-de-la-recommandation-sur-la-douleur-postoperatoire.pdf>.
17. Groupe de travail de l'AFSSAPS - Recommandations de Bonne Pratique (RBP) sur les douleurs rebelles en situation palliative avancée. Modalités d'utilisation, notamment hors-AMM, de certains médicaments : anesthésiques locaux par voie périmédullaire, parentérale et topique ; fentanyl, sufentanil ; kétamine ; MEOPA ; méthadone ; midazolam ; morphine par voie périmédullaire et intracérébroventriculaire ; propofol. Juin 2010.
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0f8ed3dd2a116934a6fe38cf56367eb8.pdf
18. Martinez, V., Derivaux B., and H. Beloeil H. Ketamine for pain management in France, an observational survey. *Anaesth Crit Care Pain Med*, 2015. 34(6): p. 357-61.
19. <http://www.sfetd-douleur.org/prochainement-enquete-nationale-des-pratiques-dutilisation-de-la-ketamine-dans-la-prise-en-charge-de>
20. http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/DossierdumoissFETD/2016/antagonistes_nmda_version_finale.pdf
21. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Ketamine-risque-datteintes-hepatiques-graves-lors-d-utilisations-prolongees-et-ou-a-doses-elevees-Point-d-Information>.
22. Martinez, V., Aubrun F., Is ketamine harmful for the liver ? Le praticien en anesthésie reanimation, 2018;22(1):1-3.

23. Cohen Steven P., Bhatia Anuj, Buvanendran Asokumar, Schwenk Eric S., Wasan Ajay D., Hurley Robert W., Viscusi Eugene R., Narouze Samer, Davis Fred N., Ritchie Elspeth C., Lubenow Timothy R., Hooten William M. Consensus Guidelines on the Use of Intravenous Ketamine Infusions for Chronic Pain From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*: July 2018 - Volume 43 - Issue 5 - p 521–546.
24. Mao, J. and L.L. Chen, Systemic lidocaine for neuropathic pain relief. *Pain*, 2000. 87(1): p. 7-17.
25. Tremont-Lukats, I.W., Challapalli V., McNicol E.D., Lau J., Carr D.B. Systemic administration of local anesthetics to relieve neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg*, 2005. 101(6): p. 1738-49.
26. Attal, N., Gaudé V., Brasseur L., Dupuy M., Guirimand F., Parker F., Bouhassira D. Intravenous lidocaine in central pain: a double-blind, placebo-controlled, psychophysical study. *Neurology*, 2000. 54(3): p. 564-74.
27. Finnerup, N.B., Biering-Sørensen F., Johannesen I.L., Terkelsen A.J., Juhl G.I., Kristensen A.D., Sindrup S.H., Bach F.W., Jensen T.S. Intravenous lidocaine relieves spinal cord injury pain: a randomized controlled trial. *Anesthesiology*, 2005. 102(5): p. 1023-30.
28. Kvarnstrom, A., Karlsten R., Quiding H., Gordh T. The analgesic effect of intravenous ketamine and lidocaine on pain after spinal cord injury. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2004. 48(4): p. 498-506.
29. De Souza, M.F. and D.C. Kraychete, [The analgesic effect of intravenous lidocaine in the treatment of chronic pain: a literature review]. *Rev Bras Reumatol*, 2014. 54(5): p. 386-92.
30. Backonja, M. and K.A. Gombar, Response of central pain syndromes to intravenous lidocaine. *J Pain Symptom Manage*, 1992. 7(3): p. 172-8.
31. Finnerup N.B., Attal N., Haroutounian S., McNicol E., Baron R., Dworkin R.H., Gilron I., Haanpaa M., Hansson P., Jensen T.S., Kamerman P.R., Lund K., Moore A., Raja S.R., Rice A.S.C., Rowbotham M., Sena E., Siddall P., Smith B., Wallace M. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: systematic review, meta-analysis and NeuPSIG recommendations. *Lancet Neurol* 2015;14:162-73.
32. Beloeil, H., Viel, E., Navez, M. L., Fletcher, D., & Peronnet, D. (2013, March). Techniques analgésiques locorégionales et douleur chronique. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2013;32:275-284.
33. Cruccu G, Garcia-Larrea L, Hansson P, Keindl M, Lefaucheur JP, Paulus W, Taylor R, Tronnier V, Truini A, Attal N. EAN guidelines on central neurostimulation therapy in chronic pain conditions. *Eur J Neurol*. 2016;23 :1489-99.
34. Martinez V, Attal N; Bouhassira D, Lanteri-Minet D Douleurs neuropathiques : diagnostic, évaluation, évaluation, traitement. Recommandations de la SFETD. *Neurologies* 2010.
35. Haute Autorité de Santé (HAS) – Capsaïcine – Commission de la Transparence : Avis du 5 octobre 2016.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13442_QUTENZA_PIC_REEV_Avis3_CT13442.pdf
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/qutenza_synthese_ct13442.pdf
36. https://www.grunenthal.fr/cms/cda/file/Qutenza++Guide+administration+PGR+Fev+2017.pdf?fileID=369900024&cacheFix=1498115011000&__k=4e85b297537a5ded69a69ba00c594bd1
37. Référentiels inter-régionaux en Soins Oncologiques de Support de l'AFSOS : « Prise en charge de la douleur cancéreuse : antalgie intrathécale 2014.
http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/2014_12_12_J2R_analgesie_IT_VF.pdf



► Chapitre 6

Recommandations professionnelles concernant la prise en charge des principales douleurs chroniques non cancéreuses

Nadine Attal, Serge Perrot

Ce chapitre présente les recommandations thérapeutiques actualisées concernant la plupart des grands syndromes douloureux chroniques ou paroxystiques de l'adulte : les douleurs neuropathiques, les lombalgies, les douleurs chroniques de l'arthrose, la fibromyalgie, les céphalées chroniques quotidiennes, la névralgie du trijumeau et la migraine commune, ainsi que les recommandations françaises concernant l'utilisation des opiacés forts dans la douleur chronique non cancéreuse. Ces recommandations sont celles de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) ou émanent d'autres sociétés savantes, mais sont adoptées par la SFETD. Concernant, les aspects pédiatriques, des recommandations seront proposées prochainement.

1. Douleurs neuropathiques

La douleur neuropathique est définie par « une douleur secondaire à une lésion ou une maladie affectant le système somatosensoriel » et peut être secondaire à toute lésion du système nerveux périphérique (polyneuropathies sensitives, douleur post-zostérienne, lésions nerveuses post-chirurgicales, sciatique chronique...) ou central (douleur après AVC, lésions médullaires, sclérose en plaques...). Leur prévalence en population générale a été estimée à 5,1 % pour les douleurs neuropathiques modérées à sévères avec un impact considérable sur la qualité de vie, le sommeil et les symptômes anxieux et dépressifs.

Recommandations pour les douleurs neuropathiques

Ces recommandations sont celles de la SFETD (11), et de l'association internationale pour l'étude de la douleur (5, 6).

• Diagnostic et évaluation

Il est recommandé de dépister les douleurs neuropathiques par le questionnaire DN4 (score $\geq 4/10$: spécificité 89,9 %, sensibilité 82,9 %). Pour évaluer les symptômes, il est recommandé d'utiliser le « Neuropathic Pain Symptom Inventory » (NPSI, voir tableau 1). Les méthodes d'évaluation complémentaire recommandées pour le bilan lésionnel incluent l'évaluation quantitative des troubles de la sensibilité, des techniques électrophysiologiques (EMG, potentiels évoqués laser pour l'étude des voies nociceptives) et neuroanatomiques (biopsie cutanée si suspicion de neuropathie à petites fibres).

• **Traitement pharmacologique**

Première intention : antidépresseurs tricycliques notamment amitriptyline (doses 10-150 mg/jour) (AMM), antidépresseur ISRNA duloxétine (doses 60-120 mg/jour) (AMM limitée à la neuropathie douloureuse du diabète), gabapentine (doses 1200-3600 mg/jour, AMM douleur neuropathique périphérique) et prégabaline (doses 150-600 mg/jour) (niveau de preuve élevé). Ces traitements peuvent être associés en cas d'efficacité partielle (30 à 50 % de soulagement) et de tolérance acceptable (consensus professionnel).

Seconde intention : emplâtres de lidocaïne (1 à 3 patchs par jour sur la zone douloureuse pendant 12 heures consécutives, AMM douleur neuropathique post-zostérienne) et patchs de haute concentration de capsaïcine (1 à 4 patchs pendant une demi-heure à une heure sur la zone douloureuse, renouvelables au bout de 3 mois, hospitalisation de jour) (niveau de preuve faible pour la douleur neuropathique périphérique) ou tramadol (doses 200-400 mg/jour) (niveau de preuve faible pour la douleur neuropathique).

Troisième intention : opiacés forts, seuls ou en association avec les traitements précédents (AMM en analgésie mais pas spécifiquement pour la douleur neuropathique), et pour les spécialistes, les algologues expérimentés et formés à la technique, la toxine botulinique A en hôpital de jour (douleurs neuropathiques périphériques, pas d'AMM) (niveau de preuve faible).

• **Traitement médical non pharmacologique**

La stimulation électrique transcutanée (TENS) est recommandée en première intention pour les douleurs neuropathiques périphériques, seule ou associée aux traitements pharmacologiques (consensus professionnel, niveau de preuve faible), sur prescription sur prescription (location, renouvellement et/ou achat) : d'un médecin exerçant dans une structure de traitement de la douleur, d'un médecin ayant validé un Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur ou une Capacité d'évaluation et de traitement de la douleur, et la TENS est remboursée par la sécurité sociale. La location de l'appareil est possible en pharmacie et renouvelable pendant 6 mois puis l'achat de l'appareil est remboursé.

Les techniques complémentaires (relaxation, hypnose, acupuncture) et la thérapie psycho-comportementale sont recommandées en complément des traitements pharmacologiques ou chez les patients intolérants ou réfractaires (consensus professionnel, niveau de preuve très faible).

La stimulation magnétique transcrânienne répétitive du cortex moteur (rTMS) est utilisée dans certaines structures de lutte contre la douleur pour les douleurs réfractaires, mais sans consensus à ce jour sur sa place dans l'arsenal thérapeutique (niveau de preuve faible).

• **Traitements invasifs : en cas d'échec des traitements médicaux**

Ils incluent la stimulation médullaire chronique (niveau de preuve faible dans la lomboradiculalgie chronique postopératoire), l'administration intrathécale d'analgésiques (morphine ou ziconotide) (niveau de preuve faible), la DREZtomie (Dorsal Root Entry Zone) (niveau de preuve faible dans les douleurs associées aux avulsions plexiques, plus rarement dans le syndrome de la queue de cheval), la stimulation épidurale du cortex moteur (niveau de preuve faible).

2. Douleurs chroniques de l'arthrose

L'arthrose chronique est la cause la plus fréquente de douleur chronique en population générale et elle affecte le plus souvent le genou et en second lieu la hanche. L'évaluation de la douleur de l'arthrose est le plus souvent réalisée par l'échelle de WOMAC dans les essais cliniques.

Recommandations pour les douleurs chroniques de l'arthrose

Les recommandations les plus récentes (en l'absence de recommandation française) sont celles de l'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) pour la prise en charge de l'arthrose de hanche et de genou (9).

• Traitements de première intention

La prise en charge optimale des patients présentant des douleurs en rapport avec une arthrose de hanche ou de genou doit associer des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques.

L'éducation thérapeutique, les étirements, les exercices physiques, la perte de poids, le cas échéant des aides mécaniques et des contentions, sont recommandés en première intention (niveau de preuve faible à élevé).

• Traitement des douleurs d'arthrose du genou sans comorbidités

Les traitements recommandés incluent :

- les interventions biomécaniques ;
- la marche avec une canne ;
- le paracétamol (niveau de preuve faible) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale, les Coxibs, les topiques AINS ;
- les injections intra-articulaires de corticoïdes ;
- la duloxetine et la capsaïcine.

• Traitement des douleurs d'arthrose du genou avec comorbidités

Les traitements recommandés incluent :

- les Interventions biomécaniques ;
- les injections intra-articulaires de corticoïdes ;
- les AINS topiques ;
- la marche avec une canne.

• Traitement des douleurs polyarthrosiques sans comorbidités

Les traitements recommandés incluent :

- les interventions biomécaniques ;
- la marche avec une canne ;
- le paracétamol (niveau de preuve faible) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale, les Coxibs ;
- les injections intra-articulaires de corticoïdes ;
- la duloxetine ;

• **Traitement des douleurs polyarthrosiques avec comorbidités**

Les traitements recommandés incluent :

- les interventions biomécaniques ;
- la balnéothérapie ;
- les Coxibs ;
- les injections intra-articulaires de corticoïdes ;
- la duloxétine.

3. Lombalgies chroniques

La lombalgie chronique non spécifique est définie le plus souvent comme une douleur lombaire non associée à une pathologie anatomique ou une maladie spécifique. Sont exclues généralement de ce cadre les douleurs lombaires liées à des pathologies inflammatoires, tels que la spondylarthrite ankylosante, les fractures osseuses, la scoliose et le spondylolisthésis. Il s'agit d'une source majeure de handicap dans le monde. L'incidence vie entière est de 58-64 % avec une prévalence de 11 % chez les hommes et 16 % chez les femmes. La lombalgie est responsable de 7 % des consultations en médecine générale et entraîne plus de 4.1 millions de jours de travail perdus par an (1-3).

Recommandations pour la lombalgie chronique

Les recommandations les plus récentes (pas de recommandation française sur la lombalgie chronique depuis 2002) sont celles du NICE (National Institute for Health and Care Excellence) émanant du Royaume Uni (2016) et de l'American College of Physicians (2017) applicables à la France.

• **Démarche diagnostique**

La démarche diagnostique et d'évaluation s'inscrit dans le cadre de l'évaluation de tout syndrome douloureux chronique et doit comporter une évaluation approfondie de la douleur, de son retentissement physique et psychique, du handicap et de l'activité professionnelle. L'imagerie rachidienne est généralement non contributive et n'est pas nécessaire.

• **Traitements de première intention**

En premier lieu, l'information du patient, le retour aux activités physiques normales et au travail dès que possible sont recommandés. Cette prise en charge peut au mieux se faire dans le cadre d'une approche multi-disciplinaire. La place du repos doit être limitée.

Une prise en charge rééducative comportant exercices physiques, yoga, parfois thérapie manuelle (mobilisation, manipulations, voire massages) et une prise en charge psychologique reposant au mieux sur la thérapie cognitivo-comportementale en cas d'échec de l'éducation thérapeutique et des activités physiques seules (niveau de preuve faible à modéré) sont recommandées. L'acupuncture est recommandée par certains.

- **Place des traitements pharmacologiques**

Les traitements pharmacologiques ont leur place essentiellement à la phase aiguë (niveau de preuve faible pour la phase chronique). Ils incluent les anti-inflammatoires non stéroïdiens, éventuellement les antalgiques de palier II. Le recours aux opiacés faibles ou forts est possible pour de courtes périodes. Il peut être légitime d'avoir recours à certains antidépresseurs tels que les tricycliques ou la duloxétine (niveau de preuve faible). En cas de sciatique chronique, les recommandations concernant la douleur chronique neuropathique sont appropriées.

- **Traitements non recommandés**

Ils incluent les relaxants musculaires, les ultrasons, le laser, alors que la place des antiépileptiques tels que la gabapentine reste controversée.

Les traitements plus invasifs n'ont pas leur place dans la prise en charge des lombalgies chroniques non spécifiques (infiltrations, radiofréquence, chirurgie) sauf pour la radiofréquence dans des indications très sélectives d'après les recommandations du NICE.

4. Fibromyalgie

La fibromyalgie est caractérisée par des douleurs chroniques diffuses « partout sur tout le corps » associée à de nombreux autres symptômes tels que la fatigue, les troubles du sommeil, les troubles de l'humeur, les troubles cognitifs avec un impact majeur en terme de handicap et de qualité de vie. Sa prévalence a été estimée à environ 2 % de la population générale. Ses critères diagnostiques ont récemment évolué : de 1990 à 2010 les critères de l'American College of Rheumatology (ACR) mettaient en avant les points douloureux, alors qu'en 2010 les critères révisés de l'ACR ont mis en avant l'importance des symptômes douloureux et associés. En 2016 a été proposé le concept de "fibromyalgianess", proposant la notion de continuum entre une forme paucisymptomatique et des formes sévères. Le dépistage de la fibromyalgie peut être facilité par des outils diagnostiques tels que le FIRST validé en France, qui comporte 6 items (sensibilité 90,5 %; spécificité 85,7 % pour un score $\geq 5/6$).

Recommandations pour la fibromyalgie

Les recommandations les plus récentes sont celles de l'EULAR (European League Against Rheumatism) (10) adoptées en France.

1. **Après confirmation diagnostique** : débiter la prise en charge par l'éducation thérapeutique incluant une information très détaillée sur la nature de la pathologie douloureuse.
2. **Si la prise en charge est insuffisante** : rééducation physique graduée de type reconditionnement musculaire d'effort (seul traitement au niveau de preuve élevé) associée éventuellement à d'autres traitements tels que l'hydrothérapie et l'acupuncture (niveaux de preuve faibles).

3. **Si échec ou traitement insuffisant** : proposer selon le profil clinique, l'une des trois stratégies thérapeutiques suivantes :
- une thérapie psychologique seule, de type thérapie comportementale et cognitive, en cas de troubles psychopathologiques prédominants (anxiété, dépression, catastrophisme, coping passif ou hyperactif) (niveau de preuve faible) ;
 - une prise en charge pharmacologique en cas de douleur ou troubles du sommeil prédominants incluant duloxétine, prégabaline, tramadol seul ou associé au paracétamol (niveau de preuve faible) ; et, si les troubles du sommeil prédominent, amitriptyline, cyclobenzaprine ou prégabaline le soir (niveau de preuve faible, et aucune molécule n'a l'AMM en France) ;
 - une rééducation (« rehabilitation ») multimodale en cas de handicap sévère avec arrêts de travail répétés.

5. Céphalée chronique quotidienne (CCQ)

Les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) sont définies par la présence d'une céphalée survenant au moins 15 jours par mois depuis au moins 3 mois. On distingue les CCQ primaires, représentées par la migraine chronique, la céphalée de tension chronique, l'hémicrania continua, la CCQ de novo, et les CCQ secondaires qui peuvent être liées à un abus médicamenteux ou à une lésion du système nerveux central. Leur prévalence est estimée à 1 % pour la CCQ par abus médicamenteux, 1.4 à 2.2 % pour la migraine chronique, et à 0.6 à 3.3 % pour la céphalée de tension chronique, correspondant aux types les plus courants de CCQ.

Recommandations pour la migraine chronique et la céphalée chronique quotidienne (CCQ)

Le diagnostic et la prise en charge des CCQ ont fait l'objet de recommandations de la Société française des migraines et céphalées (SFEMC), de l'Association des neurologues libéraux de langue française (ANLLF) et de la SFETD (7).

• Démarche diagnostique

Poser le diagnostic éventuellement au moyen d'un agenda pour préciser le nombre de jours de céphalées par mois ; éliminer une céphalée secondaire, si besoin par des examens complémentaires appropriés (IRM encéphalique, bilan biologique, éventuellement ponction lombaire) ; déterminer la nature de la céphalée primaire ; rechercher un abus médicamenteux (au moins 15 jours par mois pour les antalgiques non opioïdes, au moins 10 jours par mois pour les antalgiques opioïdes, dérivés ergotés, triptans, ou antalgiques multiples) ; rechercher d'autres facteurs de risque (notamment psychologiques ou psychopathologiques).

• Sevrage en cas de CCQ par abus médicamenteux

Consensus d'expert sur la nécessité d'un sevrage en antalgique et/ou antimigraineux, en ambulatoire ou en milieu hospitalier (ce dernier plus rare est réservé aux patients pour qui le sevrage ambulatoire n'est pas possible en raison de l'ancienneté, de la sévérité de l'abus, des troubles psychopathologiques sévères).

En ambulatoire, ce sevrage peut être brutal ou progressif, adapté en fonction du patient et des médicaments, et associé à un traitement prophylactique antimigraineux pouvant reposer sur l'amitriptyline (consensus professionnel) ou le topiramate (niveau de preuve modéré).

A l'hôpital le sevrage est le plus souvent brutal, et peut s'accompagner d'une céphalée de rebond (prise en charge non codifiée) et justifier d'un traitement antidépresseur par amitriptyline parentérale (niveau de preuve faible, consensus professionnel en France).

Dans tous les cas, le sevrage doit être associé à une démarche d'éducation thérapeutique et peut aussi justifier d'une prise en charge psychothérapique de type thérapie cognitive et comportementale, relaxation, voire d'un avis d'addictologie en cas de dépendance sévère. Si le sevrage n'a pas été efficace, il est recommandé de refaire un sevrage avec d'autres modalités (consensus professionnel).

- **Prise en charge de la migraine chronique**

Traitement de fond antimigraineux, en considérant en première intention les traitements validés spécifiquement dans la migraine chronique, soit le topiramate (niveau de preuve élevé).

En l'absence d'efficacité des traitements pharmacologiques, il est recommandé d'avoir recours à une équipe spécialisée (consensus professionnel). Les traitements recommandés en cas de recours à l'issue de cette évaluation incluent la toxine botulinique de type A (niveau de preuve modéré) et/ou la stimulation du nerf grand occipital (marquage CE) (niveau de preuve faible à modéré). Cependant aucun de ces traitements ne dispose d'une AMM dans cette indication.

6. Migraine commune

La prévalence de la migraine chez l'adulte est estimée entre 17 et 21 % selon les critères diagnostiques (8 à 11 % pour la migraine définie et 9 à 10 % pour la migraine probable) avec une nette prédominance féminine (3 femmes pour un homme). Le diagnostic repose sur une évolution par crises séparées d'intervalles libres, des caractéristiques sémiologiques propres et un examen clinique normal. Les migraines avec aura comportent en outre la notion d'une aura visuelle, sensitive ou phasique totalement réversible.

Recommandations pour la migraine commune ou avec aura

Ces recommandations sont celles de la société française d'étude des migraines et des céphalées (SFEMG), révisées en 2013 (8).

- **Diagnostic et bilan**

Les examens complémentaires ne doivent pas être systématiques. Il est recommandé de réaliser un scanner ou une IRM cérébrale devant des crises migraineuses après l'âge de 50 ans, une aura atypique et en cas d'anomalie à l'examen clinique. Le retentissement fonctionnel de la migraine peut être évalué par des échelles validées (HIT-6, MIDAS). Il est recommandé de rechercher un syndrome dépressif ou anxieux pouvant aggraver le handicap.

• **Stratégie thérapeutique de la crise migraineuse**

Après interrogatoire sur les crises et leur déclenchement, proposer en premier lieu un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) (AMM pour kétoprofène et ibuprofène) et en cas d'échec un triptan (almotriptan, eletriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan, AMM pour le traitement de la phase céphalalgique de la crise migraineuse) si le patient n'est pas soulagé une à deux heures après l'AINS (niveau de preuve élevé). Si échec répété des triptans (pris dans l'heure qui suit le début de la crise), ou intolérance, il est recommandé de changer de triptan, et en dernier lieu d'associer un triptan à un AINS. Si utilisation trop fréquente des traitements de la crise (deux jours ou plus par semaine depuis plus de 3 mois), il est recommandé au patient de consulter.

Les autres traitements de la crise migraineuse (association acétylsalicylique métoclopramide, ergotamine, dihydroergotamine) sont recommandés en cas d'échec des AINS ou des triptans, ou l'association acide acétylsalicylique métoclopramide, en cas de troubles digestifs sévères associés à la migraine.

En cas de crise avec aura, il est recommandé de prendre un AINS dès le début de l'aura (les triptans ne sont pas conseillés à la phase de l'aura).

• **Traitement de fond**

L'indication d'un traitement de fond dépend de la fréquence, de l'intensité des crises, du handicap, et il est justifié si le patient utilise depuis au moins 3 mois des traitements de crise plus de 2 jours par semaine, pour éviter le risque de céphalée chronique par abus médicamenteux (consensus professionnel). Il doit être initié en monothérapie et associé à une démarche éducative. Molécules à privilégier en première intention : bêta bloquants, dont propranolol (40-240 mg par jour) et métoprolol (100-200 mg par jour) (niveau de preuve élevé).

Si échec ou intolérance, envisager les autres molécules d'efficacité démontrée (niveau de preuve élevé) : topiramate (AMM), valproate de sodium (pas d'AMM) ; ou éventuellement : autres bêta bloquants (aténolol, nadolol, timolol, nébovolol), amitriptyline, candésartan, flunarizine (AMM), naproxène sodique, oxétorone (AMM), pizotifène (AMM), venlafaxine. Les traitements d'efficacité plus douteuse incluent dihydroergotamine, indoramine et gabapentine.

L'efficacité du traitement ne peut pas être jugé avant trois mois et le traitement est jugé efficace s'il réduit la fréquence des crises d'au moins 50 % .

En cas d'échec, il est possible d'augmenter les posologies ou de changer de traitement de fond. L'association de deux traitements de fond à faibles doses peut être proposée après les avoir testés séparément. Le traitement peut être arrêté très progressivement au bout de 6 mois à un an en l'absence de crises migraineuses.

Parmi les traitements non pharmacologiques, la relaxation, le biofeedback, les thérapies comportementales et cognitives ont fait la preuve de leur efficacité et sont aussi recommandés (niveau de preuve modéré).

7. Névralgie essentielle du trijumeau

La névralgie essentielle du trijumeau est une douleur faciale rare (prévalence estimée à 10.7 pour 100 000 habitants chez les hommes et 20/100000 habitants chez les femmes, augmentant avec l'âge notamment après 60 ans) caractérisée par des accès douloureux paroxystiques de type décharges électriques ou coups de couteau, le plus souvent très intenses, de durée brève (3 à 20 secondes), avec un début et une fin soudains, pouvant survenir par salves pendant une ou deux minutes. La douleur est unilatérale dans la grande majorité des cas, limitée au territoire du nerf trijumeau ou d'une de ses branches, le plus souvent la branche maxillaire supérieure. Elle peut être spontanée ou provoquée (on parle alors de zone gâchette) notamment par l'effleurement de la zone douloureuse, le fait de se brosser les dents, de se raser, de manger ou avaler du côté douloureux. L'examen neurologique est strictement normal en dehors d'une crise.

Recommandations pour la névralgie essentielle du trijumeau

Ces recommandations sont celles de la société française des céphalées et de la société française de neurologie (7).

• **Évaluation**

Dans le cadre du bilan d'une névralgie essentielle du trijumeau, il est recommandé de réaliser une IRM cérébrale 3 Tesla, combinant les coupes axiales de trois séquences (image 3D haute résolution en T2, images 3D en T1 avec injection de gadolinium, et angiographie IRM) et permettant de bien visualiser une compression neurovasculaire très souvent en cause dans ce contexte et dont la spécificité est plus élevée dans les formes sévères (87 % en cas de contact neurovasculaire sévère à titre de déplacement ou atrophie du nerf trijumeau, contre 22 % en cas de contact neurovasculaire simple).

• **Traitement pharmacologique**

En première intention, la carbamazépine reste le traitement de référence (200 à 1600 mg par jour selon tolérance et efficacité, généralement en trois prises par jour, plutôt en utilisant la forme conventionnelle et non LP). Ce traitement apporte un bénéfice dans au moins 70 % des cas (AMM pour la névralgie essentielle du trijumeau). Il nécessite une surveillance biologique régulière : NFS et bilan hépatique surtout au cours du premier mois de traitement. Un ECG peut être requis chez les patients âgés. Le traitement doit être arrêté en cas d'allergie cutanée, d'atteinte hépatite ou de modifications de la NFS.

En cas d'échec ou d'intolérance, l'oxcarbazépine (doses 600-1800 mg par jour) est recommandé mais n'a pas l'AMM pour ces douleurs. Il est recommandé de surveiller la natrémie avant le traitement notamment chez les patients âgés, recevant des diurétiques ou ayant une pathologie rénale, 2 semaines plus tard puis tous les mois pendant les premiers mois.

Traitements de recours : ils incluent la lamotrigine (25 à 200 mg par jour), la gabapentine, le baclofène, seuls ou en association avec les traitements précédents, mais aucun ne possède une AMM spécifique.

En cas de crise aiguë sévère névralgique nécessitant une hospitalisation : la fosphénytoïne intraveineuse, éventuellement la lidocaïne intraveineuse, peuvent être proposées (mais en l'absence d'AMM).

- **Traitement invasif**

Après confirmation diagnostique et échec démontré des traitements médicaux, les solutions plus invasives comportent la décompression vasculaire microchirurgicale, la radiochirurgie stéréotaxique par gamma knife, la thermocoagulation du ganglion de Gasser, et la compression du ganglion de Gasser par ballonnet. Les indications de ces techniques dépendent de l'âge (une décompression vasculaire est conseillée pour une personne jeune et en bonne santé, et une thermocoagulation chez une personne très âgée), du terrain, de l'urgence (la radiochirurgie a des effets retardés de plusieurs semaines) et des risques (hypoesthésie pour la thermocoagulation et la radiochirurgie, complications neurologiques voire risque de mortalité dans 1 % des cas selon les séries pour la décompression).

8. Opioides forts dans la douleur chronique non cancéreuse

Les opioides forts par voie orale ou transdermique (morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone, méthadone) sont de plus en plus utilisés dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses, mais leur utilisation au long cours fait débat, et leur indication n'est validée que dans certaines indications douloureuses.

Recommandations sur l'utilisation des opioides forts dans la douleur chronique non cancéreuse

Ces recommandations sont celles de la SFETD et sont basées sur une analyse systématique de la littérature (12).

- **Recommandations d'utilisation**

Les opioides forts ont montré une efficacité modérée (preuve modérée) dans certaines douleurs chroniques incluant : les douleurs arthrosiques des membres inférieurs, les lombalgies chroniques réfractaires, les douleurs neuropathiques. Ceci implique de respecter un certain nombre de recommandations : avoir un diagnostic précis de l'étiologie douloureuse ; échec des traitements de première intention (voir ici les recommandations lombalgie et douleur neuropathique) ; prise en charge globale des patients dont la prise en charge psychologique, sociale, professionnelle et rééducative (pour les douleurs rhumatologiques) ; information du patient sur les bénéfices attendus et les événements indésirables possibles devant s'intégrer dans un contrat de soins (consensus professionnel).

Il n'est pas recommandé de les poursuivre au-delà de 3 mois en l'absence de bénéfice sur le soulagement de la douleur, d'amélioration de la fonction ou d'amélioration de la qualité de vie (consensus fort), et de ne pas dépasser 150 mg /jour d'équivalent morphine sans demander l'avis du spécialiste (consensus professionnel).

Les effets indésirables digestifs sont fréquents (niveau de preuve fort ou élevé) et doivent être prévenus par un traitement symptomatique anticipé systématique sur l'ordonnance (consensus fort).

Tous les opioides forts ont une efficacité similaire quelle que soit l'indication, mais le choix doit prendre en considération la titration, le coût, les effets indésirables, les données actuelles des études, les AMM et le remboursement du traitement (consensus fort).

- **Recommandations de non utilisation**

Il est recommandé de ne pas utiliser les opioïdes forts dans la fibromyalgie (preuve faible), ainsi que dans la migraine et les autres céphalées primaires (preuve modérée).

- **Facteurs de risque de mésusage aux opioïdes**

Les facteurs suivants sont à risque de mésusage d'après la littérature : âge jeune, sexe masculin, maladie psychiatrique en cours, problèmes légaux et comportementaux, antécédents de mésusage, d'addiction à l'alcool, tabagisme actif, consommation de produits illicites et prescription d'opioïdes faibles >1 DDD (defined daily dose)/jour avant opioïdes forts (www.whooc.no/.ddd). Il est fortement recommandé de rechercher des facteurs de risque de mésusage avant toute prescription, au besoin par des questionnaires tels que l'« opioid risk tool » et de rechercher un mésusage lors de chaque renouvellement d'ordonnance (consensus fort). Face à une addiction ou mésusage probables, il est recommandé de demander un avis spécialisé qui peut être celui d'un addictologue, d'un psychiatre ou d'une structure de lutte contre la douleur (consensus fort).

► Références

1. Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2017 ;356 : i6748.
2. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, Fu R, Dana T, Kraegel P, Griffin J, Grusing S, Brodt ED. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2017;166:493-505.
3. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Weimer M, Fu R, Dana T, Kraegel P, Griffin J, Grusing S. Systemic Pharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2017;166 :480-492.
4. Donnet A, Simon E, Cuny E, Demarquay G, Ducros A, De Gaalon S, Giraud P, Massardier EG, Lanteri-Minet M, Leclercq D, Lucas C, Navez M, Roos C, Valade D, Mertens P. French guidelines for diagnosis and treatment of classical trigeminal neuralgia (French Headache Society and French Neurosurgical Society). *Rev Neurol (Paris)*. 2017;173 :131-151.
5. Dworkin RH, O'Connor AB, Kent J, Mackey SC, Raja SN, Stacey BR, Levy RM, Backonja M, Baron R, Harke H, Loeser JD, Treede RD, Turk DC, Wells CD; International Association for the Study of Pain Neuropathic Pain Special Interest Group. Interventional management of neuropathic pain: NeuP-SIG recommendations. *Pain*. 2013;154 :2249-61.
6. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, Gilron I, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Kamerman PR, Lund K, Moore A, Raja SN, Rice AS, Rowbotham M, Sena E, Siddall P, Smith BH, Wallace M. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2015;14 :162-73.
7. Lanteri-Minet M, Demarquay G, AlChara H, Bonnin J, Cornet P et al Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CCQ) – prise en charge d'une CCQ chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine chronique : recommandations de la SFEMC, ANLLF et SFETD. *Revue Neurol* 2014 ; 170 : 162-176.
8. Lanteri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C et Donnet A Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. *Revue Neurol* 2013 ; 169 : 14-29.
9. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014;22(3):363-88.
10. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, Choy E, Kosek E, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy GM, Makri S, Perrot S, Sarzi-Puttini P, Taylor A, Jones GT. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76 :318-328.
11. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lanteri-Minet M et la SFETD pour la société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, (2010). Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de la douleur neuropathique chronique. Diagnostic, Evaluation, Traitement. *Douleur Analgésie* 2010 ; 23 : 51-66.
12. Moisset X, Trouvin AP, Tran VT, Authier N, Vergne-Salle P, Piano V, Martinez V. [Use of strong opioids in chronic non-cancer pain in adults. Evidence-based recommendations from the French Society for the Study and Treatment of Pain.

► Chapitre 7

Prise en charge des patients atteints de douleur(s) du cancer par les Structures Douleur Chronique

Sophie Laurent, Florence Tiberghien, Claire Delorme, Denis Dupoirion

L'objectif de cet article est de resituer l'engagement des SDC dans la prise en charge des douleurs du cancer.

1. Défis à relever

Les maîtres mots en douleur du cancer sont **temporalité, réactivité, expertise, pluridisciplinarité (lien avec l'oncologie), technicité : intervenir au bon moment pour les bons patients et proposer un traitement adapté.**

La prévalence élevée de la douleur du cancer tous stades confondus (50 % des patients) regroupe des entités cliniques et des parcours très différents (1).

Le premier pas de la prise en charge d'un patient douloureux atteint de cancer va donc être une démarche étiologique afin de faire la part entre douleurs cancéreuses évolutives, séquellaires ou liées à une pathologie associée : cette évaluation souvent évidente, peut parfois nécessiter un diagnostic spécialisé en SDC.

Pour les patients à distance des traitements – cancer survivors –, cette prévalence de douleur cancéreuse est en augmentation de 39 %. Il s'agit de douleurs souvent neuropathiques, et nécessitant pour certains une prise en charge globale en SDC (2), seule structure compétente dans la prise en charge de ces douleurs chroniques complexes.

Concernant les douleurs liées à un cancer évolutif, elles varient de 50 % en cours de traitement à 66 % en phase avancée de la maladie. La plupart de ces douleurs peuvent être soulagées par des traitements codifiés mais encore insuffisamment prescrits (3) nécessitant de la part des SDC une capacité de conseils et/ou évaluation rapide lorsque ce n'est pas le cas. D'autres sont rebelles et nécessitent un avis spécialisé rapide et la mise en jeu de techniques complexes (4), (5).

La prise en charge de la douleur cancéreuse doit donc se faire de manière coordonnée avec les **acteurs de proximité** de la cancérologie :

- Acteurs du domicile : médecins traitants, réseaux de soins, HAD, intervenants libéraux, associations, familles et aidants ;
- Acteurs hospitaliers : oncologues, chirurgiens, radiothérapeutes, autres équipes de soins de support (EMASP, service social, psychologue et psychiatre, kinésithérapeute, diététicien et nutritionniste).

Tous les patients devraient pouvoir bénéficier dès ce niveau de proximité **d'une information thérapeutique** afin de connaître les différentes prises en charge possibles pour soulager au mieux leur douleur tout au long de leur parcours (informer de l'existence des acteurs de l'analgésie et de leur expertise, expliquer l'intérêt de l'analgésie en complément du traitement anticancéreux, préciser ce que sont les opiacés forts et dédramatiser leurs utilisations, décrire les différentes techniques antalgiques selon les connaissances actuelles de la médecine, rassurer le patient, répondre à ses questions sur la douleur, lui parler d'autonomie antalgique et de qualité de vie).

Les SDC dans ce parcours doivent donc s'inscrire en recours, tant en pratique clinique qu'en conseil et formation.

2. Organisation des SDC en douleur cancéreuse

Afin de permettre un maillage territorial suffisant et en tenant compte des ressources et compétences existantes, deux niveaux de prise en charge sont proposés, à décliner dans chaque région :

2. 1. Premier niveau de recours

- **Par qui ?** Il est assuré par la structure douleur chronique de proximité, ou l'équipe pluridisciplinaire douleur d'un établissement habilité à la cancérologie.
- **Pour qui ?** Les patients pour lesquels les intervenants de première ligne n'ont pas réussi à obtenir un soulagement suffisant de leur douleur.
- **Comment ?** Ce premier niveau doit pouvoir réaliser :
 - un conseil téléphonique immédiat ;
 - et/ou une première évaluation clinique ;
 - et se coordonner avec les intervenants déjà mis en place pour ce patient.

Les modes de communication entre les équipes du domicile et oncologiques et ce premier niveau de recours sont définis et fluides (tel et/ou fax et/ou mail dédié, délais d'intervention stipulés).

- **Pourquoi ?**
 - *Activité clinique :*
 - Aider au diagnostic étiologique de la douleur entre douleur séquellaire et évolutive le cas échéant ;
 - Expliquer au patient les dimensions de la douleur chronique, l'informer sur les possibilités thérapeutiques existantes (y compris celles qui ne sont pas gérées à ce premier niveau) et proposer un accompagnement psychologique ;
 - Prescrire des opioïdes ayant l'AMM, pratiquer les changements d'opioïdes, gérer les effets indésirables des traitements ;
 - Traiter les douleurs neuropathiques au moins selon référentiels ;
 - Permettre l'accès aux PCA ;
 - Prescrire hors AMM (méthadone) mais selon les recommandations en fonction des ressources/compétences/habitudes ;

- Suivre les traitements mis en place à un deuxième niveau (ex : thérapie intrathécale) ;
 - Proposer des soins de support en fonction des besoins (liens structurés entre référent douleur et assistant du service social, kinésithérapeute, psychologue, diététicien) ;
 - Informer le patient et son entourage ;
 - Proposer des techniques non médicamenteuses.
- **Activité hors clinique :**
- Formation et information des acteurs de proximité.
 - Au cours de ce premier niveau pourrait se généraliser la pratique avancée des IDE ressource douleur dans le domaine de la formation, l'information, le dépistage, l'évaluation, la gestion des traitements, l'accompagnement ...

2. 2. Deuxième niveau de recours

- **Par qui ?** Il est assuré par une SDC à compétence oncologique de préférence dans un établissement disposant des spécialités connexes nécessaires (soins de support, radiologie interventionnelle, chirurgie, radiothérapie, anesthésie, neurochirurgie).
- **Pour qui ?** Les patients pour lesquels les intervenants de première ligne n'ont pas réussi à obtenir un soulagement suffisant de leur douleur, ou tous patients référés par une autre structure douleur ou un autre intervenant de premier recours.
- **Comment ?** Ce deuxième niveau doit réaliser le type d'activités du premier niveau et doit également pouvoir réaliser :
 - Une RCP douleur complexe avec les intervenants du premier niveau et les acteurs des techniques interventionnelles ;
 - Des hôpitaux de jour diagnostiques et thérapeutiques et des hôpitaux de jour pour gestes complexes ;
 - Des hospitalisations conventionnelles pour prise en charge de douleur rebelle ;
 - La continuité des soins avec une astreinte si besoin.

Les modes de communication entre les équipes du domicile et oncologiques, le premier niveau de recours et ce deuxième niveau de recours sont définis et fluides (tel et/ou fax et/ou mail dédié, délais d'intervention stipulés).

- **Pourquoi ?**
 - **Activité clinique :**

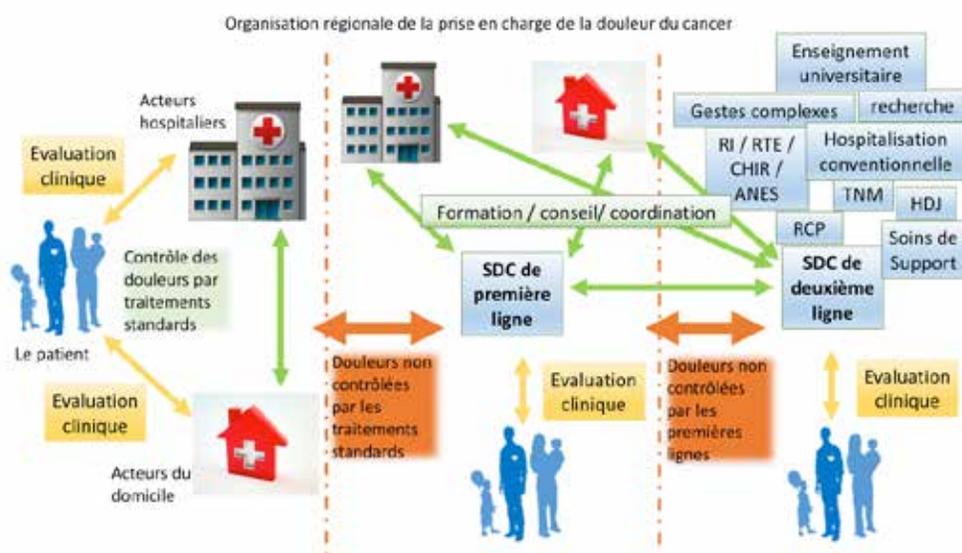
Ce deuxième niveau doit réaliser en plus des activités cliniques du premier niveau :

- Accès RCP douleur complexe régionale et ou RCP Os (métastases osseuses) ;
- Accès aux techniques interventionnelles douleur : analgésie interventionnelle (neuro-modulation, analgésie périmédullaire notamment intrathécale, ALR, neurochirurgie) et accès aux techniques plus spécifiques à l'oncologie (radiologie interventionnelle, radiothérapie, chirurgie) ;
- Maniement des antalgiques et co-antalgiques hors AMM ;
- Offre large de techniques non médicamenteuses ;
- Spécificité pédiatrique.

– *Activité hors clinique :*

- Formation et information des acteurs de proximité ;
- Formation universitaire ;
- Développement de la recherche dans ce domaine ;
- Animation régionale du réseau d'acteurs.

En conclusion, il est dans les compétences des structures douleur d'intervenir précocement dans la prise en charge des douleurs du cancer afin d'améliorer l'efficacité de ces prises en charge en complémentarité avec les équipes de soins de support et les spécialités techniques de l'oncologie.



✓ **RECOMMANDATION 46**

Il est recommandé de réaliser un diagnostic physiopathologique et une évaluation pluridimensionnelle de la douleur du cancer. **Accord fort.**

✓ **RECOMMANDATION 47**

Il est recommandé pour le suivi des patients souffrant de cancer, de structurer le maillage régional en identifiant les acteurs de premier recours « douleur » (joignables rapidement pour conseils et aide à la prise en charge) en cas de difficultés des acteurs de proximité (personnel soignant à domicile ou en structure de soins). Il est recommandé d'identifier dans chaque région, une structure douleur de second recours avec RCP et proposition de techniques spécifiques pour soulager les douleurs rebelles.

✓ RECOMMANDATION 48

Concernant la douleur en cancérologie, les SDC ont un rôle de formation auprès des équipes en poste dans les structures de soins, d'information auprès des patients en complémentarité avec les équipes de soins de support.

Références

1. Van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, et al. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage* 2016;51: 1070-1090 e1079.
2. Glare, P. A., Davies, P. S., Finlay, E., Gulati, A., Lemanne, D., Moryl, N., ... & Syrjala, K. L. (2014). Pain in cancer survivors. *Journal of clinical oncology*, 32(16), 1739.
3. Greco, M. T., Roberto, A., Corli, O., Deandrea, S., Bandieri, E., Cavuto, S., & Apolone, G. (2014). Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 32(36), 4149-4154.
4. Deer, T. R., Pope, J. E., Hayek, S. M., Bux, A., Buchser, E., Eldabe, S., ... & Doleys, D. M. (2017). The polyanalgesic consensus conference (pacc): recommendations on intrathecal drug infusion systems best practices and guidelines. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*, 20(2), 96-132.
5. Recommandations de Bonne Pratique (RBP) sur les douleurs rebelles en situation palliative avancée. Modalités d'utilisation, notamment hors-AMM, de certains médicaments : anesthésiques locaux par voie périmédullaire, parentérale et topique ; fentanyl, sufentanil ; kétamine ; MEOPA ; méthadone ; midazolam ; morphine par voie périmédullaire et intracérébroventriculaire ; Propofol. AFSSAPS, Paris (2010) <http://www.afssaps.fr>

► Chapitre 8

Les techniques complémentaires

Christine Berlemont, Elisabeth Collin, Séverine Conradi, Aline le Chevalier

La place des approches complémentaires dans la prise en charge des patients douloureux chroniques s'est considérablement développée, notamment encouragée par le dernier plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (1).

De nombreux patients font appel à ces approches non pharmacologiques en plus de leurs traitements pharmacologiques. De quelles approches parle-t-on, et comment les définir ? Quelle est leur place dans l'arsenal thérapeutique au cours de la prise en charge des personnes douloureuses, en médecine libérale, hospitalière et dans nos structures spécialisées ?

Plébiscitées par les patients, il reste néanmoins des difficultés à les intégrer de façon rigoureuse à nos pratiques, le plus souvent pour des raisons d'accessibilité, de manque de connaissances sur l'efficacité de ces pratiques, du manque de réglementation.

Quel serait l'idéal pour leur meilleure utilisation et pour leur développement ?

1. Définition des approches complémentaires et place dans l'arsenal thérapeutique

La médecine de la douleur est une médecine conventionnelle holistique et intégrative. C'est-à-dire qu'elle intègre à la pratique médicale conventionnelle des approches qui font partie des thérapies complémentaires. Il ne s'agit donc pas d'approches alternatives, ce qui signifierait qu'elles seraient appliquées à la place de la médecine conventionnelle (2). Les approches non pharmacologiques prennent leur place à la suite d'une évaluation rigoureuse biopsychosociale de la personne douloureuse chronique, effectuée par une équipe pluriprofessionnelle et leur mise en pratique s'effectue par un professionnel de santé (médecin, infirmier, psychologue) spécifiquement formé à une pratique complémentaire. Elles s'intègrent ainsi à l'ensemble des propositions thérapeutiques.

Quelles sont ces approches ou thérapies complémentaires (terme préconisé par le rapport de l'Académie Nationale de Médecine (3)) ?

Il n'est pas possible de les citer toutes. Quatre cents pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique sont présentes sur le site de la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (MIVILUDE) (4). Le choix d'un regroupement en 5 catégories selon la nature du traitement est communément admis dans la littérature internationale (5) :

- Approches psychocorporelles (hypnose, méditation ...) ;
- Thérapies physiques manuelles (ostéopathie, chiropractie...)

- Thérapies énergétiques (toucher thérapeutique, Qi Gong...);
- Autres pratiques et approches de la santé (Médecines traditionnelles [chinoise, ayurvédique], homéopathie, naturopathie...);
- Thérapies biologiques naturelles (plantes...).

À l'évidence, des zones de chevauchement existent et certaines thérapeutiques peuvent appartenir à plusieurs catégories. Il est recommandé (obligatoire dans le rapport de l'AP-HP) que ces pratiques soient effectuées de préférence par un professionnel de santé ayant une formation validée de qualité. En effet, ces pratiques peuvent être l'objet de dérives sectaires, et sont surveillées par la MIVILUDE (4).

2. Quelles sont les approches complémentaires utilisées pour la prise en charge de la douleur chronique au sein des structures douleur ?

Dans la littérature internationale, la place accordée aux approches complémentaires pour le soulagement des patients pris en charge dans des structures douleur n'est pas réellement abordée. En France, les enquêtes disponibles vont toutes dans le même sens (SFETD 2014, 2017 (6); AP-HP 2012 (2)) et indiquent que les approches psychocorporelles (hypnose, sophrologie, relaxation, méditation), certaines thérapies énergétiques (toucher massage, yoga, tai chi) ainsi que l'acupuncture et l'auriculothérapie sont les plus proposées. La dernière enquête « éclair » réalisée par la SFETD au sein des structures douleur indique qu'elles sont pratiquées par les médecins suivi de près par les infirmiers ressource douleur puis par les psychologues (au regard de leurs temps d'affectation aux SDC). Les patients qui en bénéficient plébiscitent ces approches et sont de plus en plus nombreux à en faire la demande au cours de leur prise en charge.

3. Devenir de ces approches

Au sein des structures douleur chronique, la mise en pratique reflète le développement de ces approches, encore exceptionnelles il y a quelques dizaines d'années. Elles sont maintenant intégrées dans l'offre de soins des structures douleur (à des degrés divers et en fonction des moyens). Leur intérêt clinique repose sur la complémentarité avec les approches conventionnelles, sur une nécessaire personnalisation de l'approche et sur leur rôle de médiation et de modulation de la douleur. On retrouve d'ailleurs l'intérêt des techniques non médicamenteuses dans un cadre plus large que la douleur (7). Utilisées dans le cadre des douleurs chroniques, elles s'utilisent dans la gestion des douleurs liées aux soins mais également dans la prévention des douleurs (en préopératoire par exemple). Mais les connaissances dans le domaine restent disparates. On retrouve des techniques qui commencent à avoir un bagage scientifique sérieux (8,9,10), des techniques émergentes en terme de pratique mais qui nécessitent de mieux connaître les mécanismes (11,12, 13), et des techniques en cours d'émergence dont les connaissances restent très, voire trop limitées.

Enfin plusieurs de ces approches notamment les approches psycho-corporelles ont un lien avec les dimensions psychologiques et peuvent être utilisées dans un cadre psychothérapeutique. Cela nécessite de fait une formation explicite des professionnels et une pratique dans un cadre de travail défini (14).

Approches complémentaires et douleur

- **Points forts**

- Possibilité d'étoffer l'offre de soins proposée au patient.
- Possibilité d'un apprentissage par le patient pour certaines thérapies complémentaires, accessibilité à une autonomie et permettre une auto-gestion de la douleur.

- **Risques**

- Sans cadre réglementaire, ces approches peuvent être contestées. La rigueur de leur enseignement et de leur mise en application nécessitent une réflexion regroupant des professionnels de santé, des associations de patients et des instances.
- L'accès à ces approches est variable selon les lieux de soins et l'offre en libéral n'est pas suffisamment éclairée (informations au patient).

- **Propositions**

- Participer à l'élaboration de documents pour un cadre de mise en pratique des approches validées.
- Encourager et participer à des recherches pour comprendre le mécanisme d'action de certaines pratiques complémentaires.
- Élaborer des documents à l'usage des patients, des professionnels de santé et des institutions afin de sécuriser la mise en pratique d'une approche validée.

✓ RECOMMANDATION 49

Il est recommandé d'utiliser en SDC exclusivement les thérapies complémentaires ayant un niveau de preuve scientifique suffisant et validées notamment par l'Académie Nationale de Médecine et/ou par un groupe d'experts pluriprofessionnels et pluridisciplinaires.

► Références

1. Ministère de la santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Axe 3 : améliorer l'utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques.
2. Fagon JY, Viens-Bitker C, Rapport sur les médecines complémentaires à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, (2012).
3. Allilaire JF, Dubousset J, Bontoux D, et al, Thérapies complémentaires acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins, [] Académie Nationale de Médecine (2013). Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, [http://www.academie-medicine.fr/wpcontent/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies compl%C3%A9mentaires1.pdf](http://www.academie-medicine.fr/wpcontent/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies%20compl%C3%A9mentaires1.pdf)
4. Mivilude, <http://www.derives-sectes.gouv.fr/>
5. Stratégie de l'OMS pour les médecines traditionnelles, 2014-2023, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95009/1/9789242506099_fre.pdf
6. Enquête Nationale SFETD sur l'activité des structures douleurs (2014 et 2017) (http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3349/EnqueteSFETD/resultats_enquete_structure_douleur.pdf)
7. HAS Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées Avril 2011 (rapport, 94p et fiche de synthèse).
8. Dossier du mois, SFETD, Pr A.Bioy, Hypnose où en est-on ?
9. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. INSERM, 2015. 213p.
10. Caroline Barry, Valérie Seegers, Juliette Gueguen, Christine Hassler, Aminata Ali, Bruno Falissard ; Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture, INSERM, 2014, 212p.
11. Anne Masselin-Dubois ; Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et Mindfulness, un modèle de flexibilité psychologique pour la douleur chronique Doi 10.1016/j.douleur.2016.08.003 Sous presse. Épreuves corrigées par l'auteur. Disponible en ligne depuis le samedi 29 octobre 2016
12. <https://silversantestudy.fr>
13. Guétin S, Giniès P, Blayac JP et al. Une nouvelle technique contrôlée de musicothérapie dans la prise en charge des douleurs viscérales aiguës et chroniques. Douleur et Analgésie 2005;18:19-25.
14. Cahier SFETD n°1 La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux, mars 2013.

► Chapitre 9

Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

Jean-Michel Gautier, Frédéric Aubrun

Conformément à l'article L.1112-4 du Code de la santé publique, il appartient à chaque établissement de santé de développer et mettre en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins des personnes quant à la prise en charge de leur douleur.

Chaque établissement de santé est incité à mettre en place une instance pilote, considérée comme élément moteur pour susciter et animer une véritable « culture de lutte contre la douleur », sous la forme de Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) ou démarche intégrée dans leur «structure qualité».

Le CLUD constitue une force d'analyse, de propositions, de validation, de coordination et de communication. Il a pour mission, au sein de l'établissement de santé, d'aider à la définition d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur ainsi qu'à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine.

Il n'a pas pour mission de prendre en charge directement la douleur, laquelle relève des structures de soins et des structures spécialisées de traitement de la douleur.

Le CLUD doit être pluriprofessionnel et pluridisciplinaire. Sa composition est représentative de l'ensemble des personnels soignants de l'établissement. La participation de ses membres est basée sur le volontariat et la motivation. Certains CLUD ont intégré des représentants des usagers.

Le CLUD est compétent pour :

- Contribuer à la détermination des objectifs et l'élaboration du programme d'actions de l'établissement en matière de prise en charge de la douleur. Ces objectifs et programme d'action sont intégrés à la démarche générale d'amélioration de la qualité de l'établissement, au projet d'établissement, projet médical et projet de soins ;
- Participer à la coordination de l'action des professionnels de l'établissement dans différents domaines (rédaction des protocoles diagnostiques et thérapeutiques visant à lutter contre la douleur ; diffusion et mise en œuvre des recommandations de bonne pratique ; avis consultatif au sein de la Commission sur les Médicaments et Dispositifs Médicaux Stériles pour les médicaments et les projets d'acquisition de dispositifs médicaux et matériels nécessaires au traitement de la douleur) ;
- Participer à l'élaboration de programme d'information et de formation continue de l'ensemble des personnels de l'établissement sous forme de sessions de formation en collaboration avec les instituts de formation et écoles, les services de formation continue, ou bien sous forme de formations-actions ;

- Mettre en place ou participer aux audits, évaluations des pratiques professionnelles, enquêtes de satisfaction des patients ;
- Améliorer la qualité de l'évaluation de la douleur en organisant l'acquisition et la généralisation de l'utilisation des outils de mesure de l'intensité de la douleur, échelles comportementales ou diagnostiques, la formation des personnels à leur utilisation et la mention des résultats de l'évaluation dans les dossiers de soins (IPAQSS) ;
- Collaborer avec d'autres CLUD, afin de mutualiser les compétences et favoriser les échanges d'informations et d'expériences.

✓ RECOMMANDATIONS 50

Il est recommandé de mettre (ou maintenir) en place un Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD) au sein d'un établissement pour définir et accompagner la politique de prise en charge de la douleur.

Sa co-présidence doit être assurée par un personnel médical et un personnel paramédical ou non médical, nommés par la Direction Générale, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et la Direction des soins. Des moyens doivent être mis à disposition par l'établissement pour assurer un travail et une coordination de qualité (temps de secrétariat dédié).



Argumentaire : La mise en place de la politique de lutte contre la douleur doit être l'aboutissement d'une réflexion pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle (1). Cette démarche ne peut se concevoir sans l'adhésion et le soutien de la Direction, de la Commission Médicale d'Etablissement et de la Commission des Soins Infirmiers, Médicotechniques et de Rééducation, et la structure Qualité et Gestion des risques. En outre, l'engagement des personnels d'encadrement médical et paramédical des unités de soins est une condition indispensable à la mise en place de cette démarche qui s'inscrit dans un processus de décroisement et de confiance partagée entre l'ensemble des professionnels qu'ils soient médicaux, paramédicaux, médico-techniques et de rééducation. Pour être efficace, cette démarche doit s'inscrire dans le temps en intégrant la politique de prise en charge de la douleur dans le projet d'établissement (projet médical, projet de soins, projet « qualité », projet de pôles) et définir ainsi les orientations stratégiques du CLUD sur plusieurs années. C'est au CLUD que revient la diffusion des connaissances par le biais de plans de formation, par le développement de démarches actives de type « évaluation des pratiques professionnelles », par la formation et par les pairs. Le CLUD doit utiliser les leviers que représentent la procédure de certification, la campagne de recueil des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS), les analyses de satisfaction, outil majeur permettant d'appuyer l'action des soignants investis dans la lutte contre la douleur (2).

Le soutien des CLUD doit être poursuivi tant ils sont les fers de lance de la politique « douleur » dans les établissements de santé. La reconnaissance de temps institutionnel pour les équipes coordinatrices de CLUD doit faire l'objet d'une contractualisation avec l'institution, avec les pôles d'activités.

► Références

1. DHOS (2002) Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé – Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – disponible sur <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>
2. HCSP (2011) Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010. Collection Evaluation – disponible sur <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>

Dans le cadre de la procédure de certification (3), un des objectifs du critère « prise en charge de la douleur » est d'inciter les établissements à s'inscrire dans des réseaux d'échanges pour améliorer la prise en charge de la douleur tout au long du parcours du patient (partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions).

Cette collaboration peut prendre la forme d'un INTERCLUD.

Un INTERCLUD se définit comme une instance transversale, pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire qui suscite et conduit des réflexions collectives à l'échelle d'un territoire, d'une région, impulse des mesures nouvelles et potentialise les actions déjà entreprises par une mise en commun des compétences. La vocation d'un INTERCLUD est de faciliter les échanges et d'organiser un travail en complémentarité, afin d'harmoniser les pratiques. L'INTERCLUD s'inscrit dans un objectif d'amélioration de l'efficacité, la qualité et la sécurité du service rendu aux patients en matière de prise en charge de la douleur, à tous les niveaux de leur parcours de soins et sur l'ensemble d'un territoire ou une région.

L'INTERCLUD a vocation à être mobilisateur et animateur d'expertises, qu'elles soient médicales, paramédicales, scientifiques mais aussi organisationnelles, répertoriées au niveau territorial et régional, afin de répondre aux demandes et besoins des établissements de santé, médico-sociaux, publics et privés, et des professionnels de premier recours, en cohérence avec le projet régional de santé défini par les Agences Régionales de Santé.

L'INTERCLUD est une réelle valeur ajoutée collective, car c'est obtenir par le travail en réseau des résultats que l'on n'aurait pas pu obtenir individuellement ou par la simple addition des actions et compétences des acteurs.

Il est recommandé de s'inscrire dans un réseau d'échanges afin d'améliorer la prise en charge de la douleur tout au long du parcours du patient.

Il est recommandé, au sein d'un territoire (Groupement Hospitalier de Territoire, par exemple), au sein d'une région, de mettre en place un INTERCLUD ou un réseau régional inter-établissements pour mutualiser les compétences et harmoniser les pratiques de prise en charge de la douleur.



Argumentaire : L'INTERCLUD permet de s'inscrire dans une dynamique collective d'amélioration continue de la qualité de prise en charge de la douleur sur le parcours de santé des patients, en tenant compte des cultures et des valeurs professionnelles différentes, pour mieux travailler ensemble. L'INTERCLUD permet de se mobiliser autour d'enjeux qui donnent du sens à des finalités à poursuivre et à des résultats attendus à produire en matière de lutte contre la douleur et bénéficier des ressources (savoirs, expertise, informations...) dont l'établissement a besoin et qu'il ne possède pas pour agir contre la douleur (obtenir des informations, des savoirs ou savoir-faire qui lui manquent et qu'il devra combiner avec ceux qu'il possède). Véritable réseau d'échanges et de partage, l'INTERCLUD permet de rompre l'isolement, de dynamiser les CLUD, d'analyser collectivement les pratiques professionnelles et de répondre aux problématiques rencontrées individuellement.

► Références

1. HAS (2014) Manuel de certification des établissements de santé V2010 - Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/v2014

► Annexe 1

FICHE MÉTIER « INFIRMIER RESSOURCE DOULEUR »

L'**infirmier expert douleur ou ressource douleur (IRD)**, en poste transversal sur un établissement, a pour mission, dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur, de rechercher et d'apporter une réponse professionnelle adaptée à la douleur aiguë, chronique, induite par les soins, liée à l'état de santé du patient ou aux traitements instaurés.

Il participe au développement d'une véritable culture dans la lutte contre la douleur. Il exerce son activité dans le respect de la politique institutionnelle, formalisée dans le projet d'établissement et plus spécifiquement dans le projet de soins. En collaboration avec l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de la douleur, il intervient en sa qualité de personne ressource auprès des équipes soignantes et auprès des patients.

Diplôme et niveau minimum requis

- Être titulaire du Diplôme d'Etat d'Infirmier, ou d'Infirmier spécialisé et avoir une expérience professionnelle de 5 ans en établissement de santé.
- Être titulaire d'un Diplôme Universitaire ou Inter-Universitaire de prise en charge de la douleur (ou équivalence diplômante).
- **Capacités et aptitudes**
 - Capacités pédagogiques
 - Capacités organisationnelles
 - Capacités relationnelles (communication orale et écrite, esprit d'équipe, sens de l'écoute)
 - Capacités d'initiative et d'adaptation
 - Capacités d'analyse et d'évaluation
 - Capacités de réflexion et de synthèse
 - Actualisation des connaissances
- **Connaissances techniques**
 - Maîtrise de la démarche clinique d'évaluation et de prise en charge de la douleur
 - Maîtrise du matériel spécifique d'analgésie (pompes d'analgésie contrôlée par le patient, neurostimulateur transcutané...)
 - Maîtrise de l'outil informatique (moteurs de recherche, traitement de texte, tableurs, diaporamas...)

- **Connaissances particulières**

- Conduite de projet d'amélioration de la qualité des soins (procédures, protocoles, audits, évaluations des pratiques professionnelles, enquêtes, programme d'assurance qualité...)
- Gestion et management de groupes (patients et professionnels)
- Moyens pharmacologiques et non pharmacologiques
- Recherche clinique

Formation

► Références - Textes réglementaires

- Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.
- Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010
- Décret N° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du CSP et relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier l'évaluation de la douleur constitue désormais un acte de soin relevant de l'initiative et de la compétence de l'infirmier.
- Référentiel d'activité Infirmier Ressource Douleur (Commission Douleur et Soins Infirmiers SFETD 2007 actualisé 2016) accessible sur www.sfetd-douleur.org
- Fichier métier Conseil National de l'Ordre Infirmier
- Diplôme Universitaire ou Inter-Universitaire de prise en charge de la douleur : liste disponible sur le site de la SFETD (Société Française d'Etude de Traitement de la Douleur) www.sfetddouleur.org et du CNRD (Centre National de Ressource contre la Douleur) www.cnrdd.fr

Évolution dans la fonction

- Spécialisation (puériculteur ou infirmier anesthésiste)
- Cadre de santé
- Master de pratiques avancées en soins infirmiers

Activités cliniques

En consultation infirmière ou en mission transversale :

- Évaluation de la douleur, analyse de situations cliniques complexes
- Suivi des patients
- Soins éducatifs et éducation thérapeutique
- Aide à la mise en place, au suivi et à l'évaluation des techniques d'analgésie spécifiques (titration de morphine, analgésie contrôlée par le patient par voie intraveineuse, sous-cutanée, épidurale, Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote, analgésie locorégionale, neurostimulation transcutanée...)
- Mise en place de protocoles de prévention de la douleur induite par les soins
- Mise en œuvre des méthodes non pharmacologiques (traitements physiques, méthodes psycho-corporelles ou comportementales)

Activités de formation

- Formations-actions dans les services de soins répondant à un projet de service, formations spécifiques (technique d'analgésie, utilisation des outils d'évaluation)
- Information ponctuelle dans les unités de soins
- Compagnonnage clinique
- Formation institutionnelle inscrite au plan de formation
- Formation initiale au sein des instituts de formation ou écoles
- Participation à l'enseignement universitaire (DU ou DIU de prise en charge de la douleur, DIU en soins palliatifs)
- Encadrement de stagiaires (étudiants infirmiers, étudiants deDU, étudiants du capacité douleur...)
- Guidance de travaux de fin d'études
- Informations et communication (communication lors de congrès, salon professionnel, publication dans revues professionnelles et scientifiques...)

Activités institutionnelles

- Participation aux réunions institutionnelles (dont le CLUD, Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, Qualité et sécurité des soins, ...)
- Participation aux évaluations des pratiques professionnelles, audits, recherche clinique, recherche en soins infirmiers
- Participation à l'auto-évaluation dans le cadre de la certification des établissements de santé

Activités afférentes aux soins

- Gestion du matériel spécifique d'analgésie
- Bilan d'activité annuel
- Tâches administratives
- Transmissions et traçabilité des informations

► Annexe 2

FICHE MÉTIER « PSYCHOLOGUE DOULEUR »



Définition et Prérequis

• Introduction

Cette fiche métier est élaborée en référence au code de déontologie des psychologues et aux textes législatifs en vigueur.

• Définition

Sous l'autorité administrative du directeur d'établissement et sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, le psychologue conçoit, élabore et met en œuvre, de manière autonome, des actions préventives et curatives à travers une démarche prenant en compte la vie psychique des individus et des groupes, et ce afin de promouvoir l'autonomie de la personne.

• Pré-requis : Diplômes obligatoires pour accéder au métier

Tous les diplômes qui ouvrent à la psychologie clinique à tous les âges de la vie.

DESS/MASTER 2 en psychologie clinique, psychopathologique, gérontologie clinique, enfance/adolescence, santé, psychosomatique, cognitivo-comportementale.

• Expérience conseillée pour l'exercer

Spécificités dans le métier

- Diplôme de spécialité clinique
- Formation douleur fortement recommandée : D.U douleur, D.I.U douleur : psychologie et psychopathologie
- Formation intéressante conseillée : D.U, D.I.U soins palliatifs

Activités principales

- **Activités cliniques**
 - Évaluation psychologique, diagnostique psychologique et/ou psychopathologique, orientation thérapeutique
 - Participation au diagnostic médical douleur et à sa prise en charge
 - Collaboration à l'élaboration du projet thérapeutique tant dans l'activité clinique quotidienne que dans les RCP/synthèse
 - Activités psychothérapeutiques
- **Activités institutionnelles**
 - RCP/synthèse
 - Bureau de pôle, réunion de service
 - CME
 - Clud et inter-clud
 - Projet d'établissement, certification et PEP douleur
 - Conseil éthique
 - Réseaux douleur
 - Collège des psychologues et inter-collège
- **Activités FIR**
 - Formation et Information :
 - ▶ Activités d'enseignement, dont les champs de la psychologie et de la douleur
 - Institut et écoles de formation
 - Faculté des disciplines psychologiques, médicales et dont les enseignements comportent un module douleur
 - Formation intra et inter hospitalière
 - Université d'automne de la SFETD pour les psychologues
 - ▶ Activités de formation personnelle
 - Supervision et intervision
 - Travail analytique personnel
 - Formation universitaires complémentaires : D.U, D.I.U, doctorat
 - Formation technique et psychothérapeutique
 - Groupe de travail
 - Séminaire
 - Toute formation validée et spécifique à la profession

– Recherche :

- Recherche clinique individuelle ou collective
- Contribution à la communauté scientifique douleur : rédaction d'article, poster, communication orale, participation congrès, conférence, rédaction d'ouvrage
- Encadrement et tutorat des étudiants psychologues
- Participation aux travaux universitaires des étudiants des disciplines médicales et paramédicales.

Relations professionnelles

- Équipes pluridisciplinaires et médicales pour les projets de soins
- Autres services hospitaliers
- Services sociaux, éducatifs, judiciaires juridiques (MDPH, CDAPH, tribunal, université...) pour le travail de liaison
- Groupes de pairs (analyses de pratiques, collèges de psychologues)
- Réseaux de ville et associations (CMP, CMPP, médecins généralistes, médecins spécialistes, psychiatres psychologues libéraux ...) pour le suivi des patients

Savoir - Faire requis

- Contribuer au diagnostic sur le fonctionnement psychique d'un patient
- Participer au diagnostic médical douleur et à sa prise en charge
- Disposer d'outils spécifiques au patient douloureux
- Organiser et animer des groupes
- Ajuster la thérapeutique en fonction du patient et de son environnement familial
- Rédiger des notes cliniques ou des rapports d'activité
- Adapter sa pratique professionnelle aux situations rencontrées
- Observer, écouter et analyser la situation, le discours des personnes
- Faciliter les échanges et le lien entre les intervenants autour du patient douloureux
- Formaliser et transmettre son savoir professionnel

Connaissances

Psychologie de la douleur	Psychologie clinique et pathologies	Techniques psycho-thérapeutiques	Psycho-somatique	Psychologie des âges de la vie	Bilan psychologique	Ethique et déontologie	Méthodologie de recherche en psychologie	Psychologie de la santé
5	4	4	4	3	3	3	3	2

1 : Connaissances générales - 2 : Connaissances détaillées - 3 : Connaissances approfondies – 4 : Connaissances très approfondies – 5 : Connaissances d'expert

- **Connaissances détaillées**

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

- **Connaissances d'expert**

Connaissances permettant de produire une analyse critique des théories et des principes, de redéfinir des pratiques professionnelles dans un champ ou à l'interface entre des champs différents. Connaissances très contextualisées. Durée d'acquisition de 3 / 5 et plus ans et plus.

- **Connaissances approfondies**

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/5 ans.

Conditions particulières d'exercice du métier

- Autonomie d'exercice et choix des modes d'intervention
- Actualisation permanente des connaissances, travail sur son implication personnelle

Proximité de métier – Passerelle longue

- Directeur d'établissement

Possibilités d'investissement

1. Missions transversales

- Cf. Activités institutionnelles
- Cf. Activités de formation
- Équipes mobiles

2. Missions spécifiques au service

- Projet de service
- Participation aux projets de recherche de la structure

► Références

- Décret du 31 janvier 1991 <http://www.legifrance.gouv.fr/> ; Circulaire du 30 avril 2012 http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/05/cir_35185.pdf ; Code de déontologie des psychologues (1996, 2012), ratifié par les organisations professionnelles
- Commission Professionnelles Psychologue SFETD / Groupe des Psychologues du Nord Pas de Calais.

► Annexe 3

ÉVALUATION DE LA DOULEUR EN SDC GUIDE DE BONNES PRATIQUES SFETD

► Échelle Visuelle Analogique : EVA



1946 Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

EVA

Echelle Visuelle Analogique

Quel type d'échelle ?
Il s'agit d'une autoévaluation.

Pour quel patient ?
Pour tous les patients adultes.

Pour quelle douleur ?
Pour tout type de douleur.

Comment l'utiliser ?
En se munissant d'une échelle visuelle analogique, le soignant demande au patient d'évaluer l'intensité de sa douleur au moyen d'un curseur qu'il déplace. Le soignant veillera à ne pas montrer la face graduée avec les chiffres au patient et ne pas lui donner le chiffre.

Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

L'intensité de votre douleur peut être définie par un trait rouge tracé sur le curseur comme dans l'exemple ci-dessous. Vous allez pouvoir déplacer ce curseur selon votre douleur. Un curseur proche d'une extrémité de l'échelle signifie que vous n'avez aucune douleur, le curseur approché de l'autre extrémité de l'échelle signifie que votre douleur est la maximale imaginable.

⚠ Le score obtenu doit faire l'objet d'une traçabilité dans le dossier patient (IPAQSS)

Références bibliographiques
Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press; 1992. p. 135-51.
ANAES. Services des recommandations et références professionnelles. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.

► Échelle Verbale Simple : EVS



Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

EVS **Schéma Verbal Simple**

Quel type d'échelle ?

Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation.

Pour quel patient ?

Pour tous les patients adultes, notamment ceux pour qui l'utilisation d'autres échelles telles que l'échelle visuelle analogique ou l'échelle numérique ne sont pas possibles.

Pour quelle douleur ?

Pour tout type de douleur.

Comment l'utiliser ?

Le soignant demande au patient **d'évaluer l'intensité de la douleur** au moment présent selon ces consignes ci-dessous.

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur Au moment présent	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense Depuis les huit derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

Références bibliographiques

ANAES. Services des recommandations et références professionnelles. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.

Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press; 1992. p. 135-51.

► Questionnaire Douleur Saint-Antoine : QDSA

DATE : _____ **NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

QUESTIONNAIRE DOULEUR SAINT-ANTOINE (QDSA)

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez d'habitude. Dans chaque groupe de mots, choisissez le plus exact. Donnez au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4

Cotation : 0=Absent/Pas du tout 1=Faible/Un peu 2=Modéré/Moyennement
3=Fort/Beaucoup 4=Extrêmement fort/Extrêmement

A	Battements Pulsations Élancements En éclairs Décharges électriques Coups de marteau	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B	Rayonnante Irradiante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C	Piqûre Coupure Pénétrante Transperçante Coups de poignard	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D	Pincement Serrement Compression Écrasement En étai Broiement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E	Tiraillement Étirement Distension Déchirure Torsion Arrachement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F	Chaleur Brûlure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G	Froid Glace	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H	Picotements Fourmillements Démangeaisons	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I	Engourdissement Lourdeur Sourde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A à I : critères sensoriels		
J	Fatigante Énervante Éreintante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K	Nauséuse Suffocante Syncopale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L	Inquiétante Oppressante Angoissante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
M	Harcelante Obsédante Cruelle Torturante Supplicante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N	Gênante Exaspérante Pénible Insupportable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
O	Énervante Exaspérante Horripilante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P	Déprimante Suicidaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TOTAL :		
J à P : critères affectifs		
<p>Illustrant les différentes composantes de la douleur, le QDSA (version française du Mac Gill Pain Questionnaire-MPQ) permet essentiellement une évaluation qualitative de la douleur chronique, en particulier la douleur neuropathique.</p> <p>Le QDSA nécessite, pour le patient douloureux un bon niveau de compréhension et un vocabulaire assez riche. Il en existe une version abrégée.</p>		
www.antalvite.fr 		

Source : F. Boureau. Pratique du traitement de la douleur. Edition Doin, Vélizy Coublay, 1988. F. Boureau, M. Luu, JF. Doubrere, C. Gay. Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs : comparaison avec le Mac Gill pain questionnaire de Melzack. *Thérapie*, 1984, 39 : 119-129.

► Questionnaire DN4

Questionnaire DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

Question 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oui = 1 point Non = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ À chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ À la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non »
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D. et al, Pain, 2004 ; 108 (3) : 248-57

► Neuropathic Pain Symptom Inventory : NPSI

NPSI

Neuropathic Pain Symptom Inventory

Q1/ Votre douleur est-elle comme une brûlure ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q2/ Votre douleur est-elle comme un étai ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q3/ est-elle comme une compression ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q4/ Au cours des dernières 24 heures, vos douleurs spontanées ont été présentes :

En permanence/jour <input type="checkbox"/>	Entre 8 et 12 heures/jour <input type="checkbox"/>
Entre 4 et 7 heures/jour <input type="checkbox"/>	Entre 1 et 3 heures/jour <input type="checkbox"/>
Moins de 1heure/jour <input type="checkbox"/>	

Q5/ Avez-vous des crises douloureuses comme des décharges électriques ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q6/ Avez-vous des crises douloureuses comme des coups de couteau ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q7/ Au cours des dernières 24 heures, combien de crises douloureuses avez-vous présenté ?

Plus de 20 <input type="checkbox"/>	Entre 11 et 20 <input type="checkbox"/>
Entre 6 et 10 <input type="checkbox"/>	Entre 1 et 5 <input type="checkbox"/>
Pas de crise douloureuse <input type="checkbox"/>	

Q8/ Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par le frottement sur la zone douloureuse ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q9/ Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par la pression sur la zone douloureuse ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q10/ Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par le contact avec un objet froid sur la zone douloureuse ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q11/ Avez-vous des picotements ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q12/ Avez-vous des fourmillements ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



Source : Bouhassira D1, Attal N, Fermanian J, Alchaar H, Gautron M, Masquelier E, Rostaing S, Lanteri-Minet M, Collin E, Grisart J, Boureau F. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain*. 2004 Apr;108(3):248-57.

► Échelle Doloplus

Échelle DOLOPLUS Évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée

NOM :

Prénom :

Service :

DATES

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace.....	3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6 • Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilettes et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossible, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)..	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8 • Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
		SCORE			

Copyright

Source : Wary B, Doloplus C. Doloplus-2, a scale for pain measurement. Soins Gerontol. 1999 Aug-Oct;(19):25-7.

► Échelle AlgoPlus



ÉCHELLE
ALGOPLUS

Evaluation de la douleur
Echelle d'évaluation comportementale
de la **douleur aiguë** chez la personne âgée
présentant des troubles
de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur																								
Heurehhhhhhhhh															
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON														
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.																								
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.																								
3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.																								
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, retus de mobilisation, attitudes figées.																								
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.																								
Total OUI	/ 5		/ 5		/ 5		/ 5		/ 5															
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre
	Paraphre		Paraphre		Paraphre		Paraphre		Paraphre		Paraphre		Paraphre		Paraphre		Paraphre		Paraphre		Paraphre		Paraphre	

Source : Rat P, Jouve E, Bonin-Gulliaume S, Doloplus C. The AlgoPlus scale for the assessment of induced pain behaviour. Soins. 2010;(749):50-1.

► Échelle Comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA)

Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée (ECPA)	
Personne NON communicante	
OBSERVATIONS AVANT LES SOINS	OBSERVATIONS PENDANT LES SOINS
<p>1- L'expression du visage : REGARD et MIMIQUE</p> <p>0 : Visage détendu 0</p> <p>1 : Visage soucieux 1</p> <p>2 : Le sujet grimace de temps en temps 2</p> <p>3 : Regard effrayé et/ou visage crispé 3</p> <p>4 : Expression complètement figée 4</p> <p>2- POSITION SPONTANÉE au repos (ou recherche d'une attitude ou position antalgique)</p> <p>0 : Aucune position antalgique 0</p> <p>1 : Le sujet évite une position 1</p> <p>2 : Le sujet choisit une position antalgique 2</p> <p>3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 3</p> <p>4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur 4</p> <p>3- Sur les MOUVEMENTS (ou MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)</p> <p>0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 0</p> <p>1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 1</p> <p>2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 2</p> <p>3 : Immobilité contrairement à son habitude* 3</p> <p>4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude* 4</p> <p>4- Sur la RELATION À AUTRUI, il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste expression...</p> <p>0 : Même type de contact que d'habitude* 0</p> <p>1 : Contact plus difficile que d'habitude* 1</p> <p>2 : Évite la relation contrairement à l'habitude* 2</p> <p>3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 3</p> <p>4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude* 4</p> <p><small>*se référer au(x) jour(s) précédent(s) **ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</small></p>	<p>5- Anticipation ANXIEUSE aux soins</p> <p>0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 0</p> <p>1 : Angoisse du regard, impression de peur 1</p> <p>2 : Sujet agité 2</p> <p>3 : Sujet agressif 3</p> <p>4 : Cris, soupirs, gémissements 4</p> <p>6- Réactions pendant la MOBILISATION</p> <p>0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 0</p> <p>1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 1</p> <p>2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 2</p> <p>3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 3</p> <p>4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins 4</p> <p>7- Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES</p> <p>0 : Aucune réaction pendant les soins 0</p> <p>1 : Réaction pendant les soins, sans plus 1</p> <p>2 : Réaction au toucher des zones douloureuses 2</p> <p>3 : Réaction à l'effleurement des zones douloureuses 3</p> <p>4 : L'approche des zones est impossible 4</p> <p>8- PLAINTES exprimées PENDANT le soin</p> <p>0 : Le sujet ne se plaint pas 0</p> <p>1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 1</p> <p>2 : Le sujet se plaint en présence du soignant 2</p> <p>3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne 3</p> <p>4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne 4</p> <p style="text-align: center;"><small>ECPA - 4^e version, 1999 - Personne âgée NON communicante</small></p>

Source : Jean A, Alix M, Sellin-Peres D, Fermanian J. L'ECPA, une échelle validée pour mesurer la douleur chez la personne âgée non communicante verbalement. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 2009; 57S: S3-S59.

► Questionnaire first

Vous souffrez de douleurs articulaires, musculaires ou tendineuses **depuis au moins 3 mois**. Merci de répondre à ce questionnaire, pour aider votre médecin à mieux analyser votre douleur et vos symptômes.

Compléter ce questionnaire en répondant par oui ou par non (1 seule réponse OUI **ou** NON) à chacune des questions suivantes : mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse.

	oui	non
Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps.		
Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente.		
Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes.		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements, ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps.		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes.		
Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier, sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti.		

Source : Perrot S. Development and validation of fibromyalgia rapid screening tool (FIRST). Pain 2010; 150 : 250–6. [46]

► Échelle HADs Anxiété Dépression

H.A.D.

Hospital and anxiety depression scale (Zigmond A.S & Snait R.P).

Traduction française : J.P. Lépine

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider.

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres ni aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et *soulignez* la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez *éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler*.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

	Je me sens tendu ou énervé :
3	la plupart du temps
2	souvent
1	de temps en temps
0	jamais
	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0	Oui, tout autant
1	Pas autant
2	Un peu seulement
3	Presque plus
	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
3	Oui, très nettement
2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout
	Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0	Autant que par le passé
1	Plus autant qu'avant
2	Vraiment moins qu'avant
3	Plus du tout
	Je me fais du souci :
3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement

3	Je suis de bonne humeur :
2	Jamais
1	Rarement
0	Assez souvent
	La plupart du temps
	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :
0	Oui, quoi qu'il arrive
1	Oui, en général
2	Rarement
3	Jamais
	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3	Presque toujours
2	Très souvent
1	Parfois
0	Jamais
	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
0	Jamais
1	Parfois
2	Assez souvent
3	Très souvent
	Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3	Plus du tout
2	Je n'y accorde plus autant d'attention que je le devrai
1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0	J'y prête autant d'attention que par le passé
	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout
	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0	Autant qu'avant
1	Un peu moins qu'avant
2	Bien moins qu'avant
3	Presque jamais
	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
3	Vraiment très souvent
2	Assez souvent
1	Pas très souvent
0	Jamais
	Je prends plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :
0	Souvent
1	Parfois
2	Rarement
3	Très rarement

- **Maintenant, vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions**

- Si score ≥ 7 éléments anxieux ou dépressifs
- Si score ≥ 11 : anxiété ou dépression caractérisée
- Cet outil cherche à identifier une symptomatologie anxiodépressive et à en évaluer la sévérité. Il ne cherche pas à distinguer les différents types de dépression ou états anxieux. Cette échelle a été construite en excluant tout item concernant les aspects somatiques, aspects qui pourraient être confondus entre la maladie physique et mentale. Il s'agit d'une échelle de sévérité clinique et non de diagnostic.
- La HADS ne se veut pas un outil de diagnostic complet, mais un moyen d'identification des patients en hôpital général qui ont besoin d'une évaluation psychiatrique et d'assistance supplémentaire (Herrmann, 1997).

► **Références**

- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale: A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

► Échelle QCD : Questionnaire concis de la douleur

Pour chacune des questions suivantes indiquez le chiffre qui correspond le mieux à la gêne occasionnée par votre douleur la semaine précédente

A/ Activité générale										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	
B/ Humeur										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	
C/ Capacité à marcher										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	
D/ Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	
E/ Relation avec les autres										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	
F/ Sommeil										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	
G/ Goût de vivre										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

Version française du Brief Pain Inventory.

Source : Williams DA1, Arnold LM. Measures of fibromyalgia: Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Brief Pain Inventory (BPI), Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), Medical Outcomes Study (MOS) Sleep Scale, and Multiple Ability Self-Report Questionnaire (MASQ). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Nov;63 Suppl 11:S86-97. doi: 10.1002/acr.20531.

► HIT-6 : Questionnaire sur l'impact des maux de tête



Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées – <http://sfemc.fr>

HIT-6™ QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES MAUX DE TÊTE

Ce questionnaire a été conçu pour vous aider à décrire et à exprimer ce que vous ressentez et ce que vous ne pouvez pas faire à cause de vos maux de tête.

Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant à votre réponse.

1 - Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?

N Jamais R Rarement S De temps en temps V Très souvent A Tout le temps

2 - Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?

N Jamais R Rarement S De temps en temps V Très souvent A Tout le temps

3 - Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?

N Jamais R Rarement S De temps en temps V Très souvent A Tout le temps

4 - Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?

N Jamais R Rarement S De temps en temps V Très souvent A Tout le temps

5 - Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de « ras-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?

N Jamais R Rarement S De temps en temps V Très souvent A Tout le temps

6 - Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?

N Jamais R Rarement S De temps en temps V Très souvent A Tout le temps

COLONNE 1 (6 points par réponse) COLONNE 2 (8 points par réponse) COLONNE 3 (10 points par réponse) COLONNE 4 (11 points par réponse) COLONNE 5 (13 points par réponse)

Pour calculer votre score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne.

Veuillez montrer les résultats de ce questionnaire (HIT-6) à votre médecin.

Score Total

Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur votre vie est important

Les scores sont compris entre 36 et 78

D150-FR-FR-1.0 HIT-6™ French(French)/Version 1.0
GWCS 15000 1/00 Template - Do not copy or circulate ©2000 Quality Metric, Inc and Glaxo Wellcome Group Companies

Source : Falsiroli Maistrello L, Rafanelli M, Turolla A. Manual Therapy and Quality of Life in People with Headache: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Curr Pain Headache Rep. 2019 Aug 10;23(10):78. doi: 10.1007/s11916-019-0815-8. Review

► Questionnaire MIDAS : Migraine Disability Assessment

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

QUESTIONNAIRE MIDAS (Migraine Disability Assessment)

Son intérêt : évaluer le handicap fonctionnel dû aux céphalées ou à la migraine, en mesurant l'intensité des symptômes, leur impact sur la vie quotidienne, pour déterminer d'emblée le médicament dont la puissance est la plus appropriée.

Il peut être renseigné par le patient lui-même.

QUESTIONNAIRE MIDAS

Durant les 3 derniers mois, en raison de vos céphalées/migraines :

		JOURS
1	Combien de jours avez-vous manqué le travail (ou l'école) ?	
2	Pendant combien d'autres jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de plus de 50% ?	
3	Pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire vos activités ménagères habituelles ?	
4	Pendant combien de jours votre productivité en tâches ménagères était réduite de plus de 50% ?	
5	Pendant combien de jours avez-vous manqué à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?	
TOTAL		

On détermine 4 grades :

Grade I	Peu ou pas de sévérité	0 à 5 j
Grade II	Sévérité discrète	6 à 10 j
Grade III	Sévérité modérée	11 à 20 j
Grade IV	Sévérité importante	>20 j

www.antalvite.fr



Source : Stewart WF1, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology*. 2001;56(6 Suppl 1):S20-8.

► **Opioid Risk Tool (ORT)**. Outil permettant la catégorisation rapide d'un patient en niveaux de risque de développement ultérieur d'un mésusage au moment de l'initiation du traitement antalgique.

	Score si femme	Score si homme
Antécédents familiaux de troubles d'usage de substance(s)		
Alcool	1	3
Drogues illicites	2	3
Médicaments prescrits	4	4
Antécédents personnels de troubles d'usage de substance(s)		
Alcool	3	3
Drogues illicites	4	4
Médicaments prescrits	5	5
Âge entre 16 et 45 ans	1	1
Antécédent d'abus sexuel dans l'enfance	3	-
Trouble psychique		
TDAH, TOC, trouble bipolaire, ou schizophrénie	2	2
Dépression	1	1
Score total		

Catégorie de risque de mésusage en fonction du score total : 0-3 : risque faible ; 4-7 : risque modéré ; ≥ 8 : risque élevé ; TDAH : trouble déficit de l'attention/hyperactivité ; TOC : trouble obsessionnel compulsif.

Source : Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Medicine*. 2005;6:432-42 (traduction personnelle)

► Prescription Opioid Misuse Index (POMI)

	oui	non
1. Vous arrive-t-il de prendre votre traitement à des doses plus importantes que celles qui vous sont prescrites ?		
2. Vous arrive-t-il de prendre votre traitement plus souvent que ce qui vous est prescrit ?		
3. Vous arrive-t-il d'être à court de médicaments pour la douleur ?		
4. Vous arrive-t-il de ressentir un effet de « shoot » après la prise de votre traitement antalgique ?		
5. Vous arrive-t-il de prendre votre traitement parce que vous êtes énervé(e), ou bien pour vous soulager de problèmes sans lien direct avec la douleur ?		
6. Vous êtes-vous déjà rendu chez des médecins différents, et notamment aux urgences, à la recherche de prescriptions supplémentaires de traitements antalgiques ?		

Source : Knisely JS et coll. 2008. Prescription Opioid Misuse Index: A Brief Questionnaire to Assess Misuse. *Journal of Substance Abuse Treatment* 35 (4): 380-386. En cours de validation française.

Les items sélectionnés dans cette échelle ont fait l'objet d'une validation en langue anglaise. Ils illustrent les principaux signes cliniques suggérant l'existence d'un mésusage aux opioïdes de prescription (MOP) : un score de 2 ou plus suggère un risque actuel de mésusage. La traduction présentée ici n'a pas encore été validée.

► Échelle d'observance de Morisky

	oui	non
Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments*?		
Vous arrive-t-il de ne pas vous soucier de prendre vos médicaments ?		
Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il parfois d'arrêter de prendre vos médicaments ?		
Si parfois vous vous sentez plus mal en prenant vos médicaments, arrêtez-vous de les prendre ?		

Morisky et al. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. Medical Care. Vol. 24, No. 1, January 1986, p 69.

► Échelle d'observance utilisée dans les programmes d'éducation thérapeutique :

Cochez la réponse qui correspond à la façon dont vous prenez votre traitement pour vos douleurs :

1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ?

oui non

2. Avez-vous du mal à vous rappeler de prendre votre traitement ?

oui non

3. Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement ?

oui non

4. Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement, arrêtez-vous parfois de le prendre ?

oui non

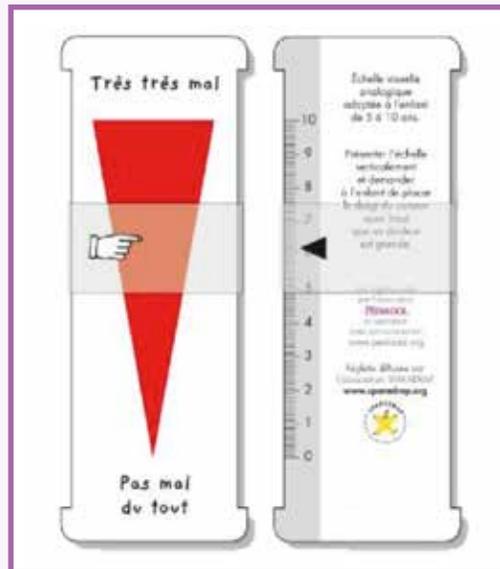
► Échelle numérique

Échelle globale de 1 à 10, question : vous arrive-t-il d'oublier votre traitement ?

Source sur l'observance Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse médicale. 2001 ; 30 : 1044-48.

► EVA (Échelle Visuelle Analogique) Pédiatrique

- **Âge d'utilisation** : à partir de 4 à 6 ans.



La consigne est de présenter la réglette à l'enfant en position verticale, du côté où il n'y a pas de chiffres.

Il est nécessaire de définir l'extrémité basse et l'extrémité haute de l'EVA pour que l'enfant comprenne comment situer sa douleur sur l'échelle. Préférer les formulations neutres, sans référence au passé, ni à l'imagination :

- Extrémité basse : « pas de douleur » ou « pas mal du tout »
- Extrémité haute : « douleur très forte » ou « très très mal »

Pendant l'explication, déplacer le curseur sur la réglette, puis dire : « Place le repère (ou le doigt) aussi haut que ta douleur est grande. » Il faut savoir s'adapter à chaque enfant et s'assurer de la compréhension. Avant de mesurer l'intensité de la douleur, vérifier que l'enfant a bien compris le principe. Pour les plus petits, on peut faire un test en faisant référence à un autre événement douloureux que l'enfant a déjà expérimenté : « La dernière prise de sang, ça t'a fait mal à combien ? », « Quand tu tombes, ça te fait mal à combien ? »

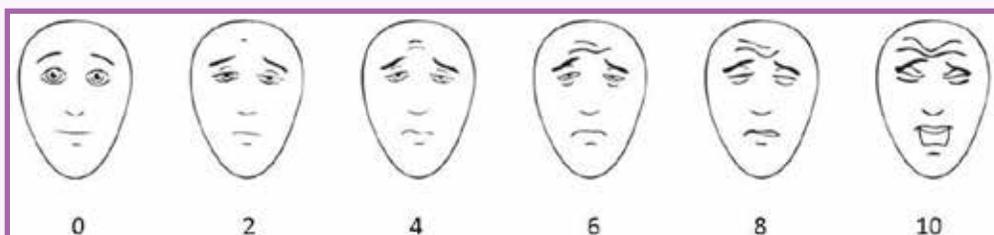
Évaluer. Noter les résultats.

- **Seuil de traitement** : 4/10.

Source : <http://pediadol.org/-Auto-evaluation-.html> ou dans le guide de poche Douleur de l'enfant- l'essentiel disponible en e-book sur le lien suivant : http://www.pediadol.org/IMG/html/guide_essentiel-ebook.html

► L'échelle des visages (FPS-R : Faces Pain Scale – Revised)

- **Âge d'utilisation** : à partir de 4 ans mais peut être également utilisée chez l'enfant plus grand et même à l'adolescence.



©2001, International Association for the Study of Pain

- **Consigne** : il faut présenter le recto de la règlette avec les visages à l'enfant et dire « Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très très mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment. »
- Sur le verso de cette règlette figurent les scores (allant de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10). 0 correspond donc à « pas mal du tout » et 10 correspond à « très très mal ».
Exprimez clairement les limites extrêmes : « pas mal du tout » et « très très mal ». N'utilisez pas les mots « triste » ou « heureux ».
Précisez bien qu'il s'agit de la sensation intérieure, pas de l'aspect affiché de leur visage.
- **Seuil de traitement** : 4/10.

► Références

- Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale – Revised : Toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain 2001 ; 93 : 173-83.
- Bieri D, Reeve R, Champion GD, Addicoat L, Ziegler J. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children : Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. Pain 1990 ; 41 : 139-50.
- Plus de 60 traductions disponibles.

Source : <http://pediadol.org/-Auto-evaluation-.html> ou dans le guide de poche Douleur de l'enfant-
l'essentiel disponible en e-book sur le lien suivant : http://www.pediadol.org/IMG/html/guide_essentiel-ebook.html

► EN (Échelle Numérique)

- **Âge d'utilisation** : à partir de 8-10 ans.
- **Consigne** : il suffit de dire à l'enfant : « Donne une note à ta douleur entre 0 et 10. » Comme pour l'échelle visuelle analogique, il est nécessaire de définir la signification des extrémités basse et haute :
 - « 0 : tu n'as pas mal »
 - « 10 : c'est une douleur très très forte, la plus forte possible »

L'utilisation de nombres de 0 à 10 nécessite de se représenter mentalement les quantités et de pouvoir les comparer entre elles. C'est donc une opération mentale déjà complexe (il ne suffit pas de savoir compter), c'est pourquoi on la recommande plutôt à l'adolescence même si l'on peut commencer dès 8 ans.

- **Seuil de traitement** : 4/10.

Avantages : très utile chez l'adolescent. Il peut choisir entre l'échelle visuelle analogique et l'échelle numérique.

Permet d'évaluer la douleur même sans avoir d'outil.

Source : <http://pediadol.org/-Auto-evaluation-.html> ou dans le guide de poche Douleur de l'enfant-
l'essentiel disponible en e-book sur le lien suivant : http://www.pediadol.org/IMG/html/guide_essentiel-ebook.html

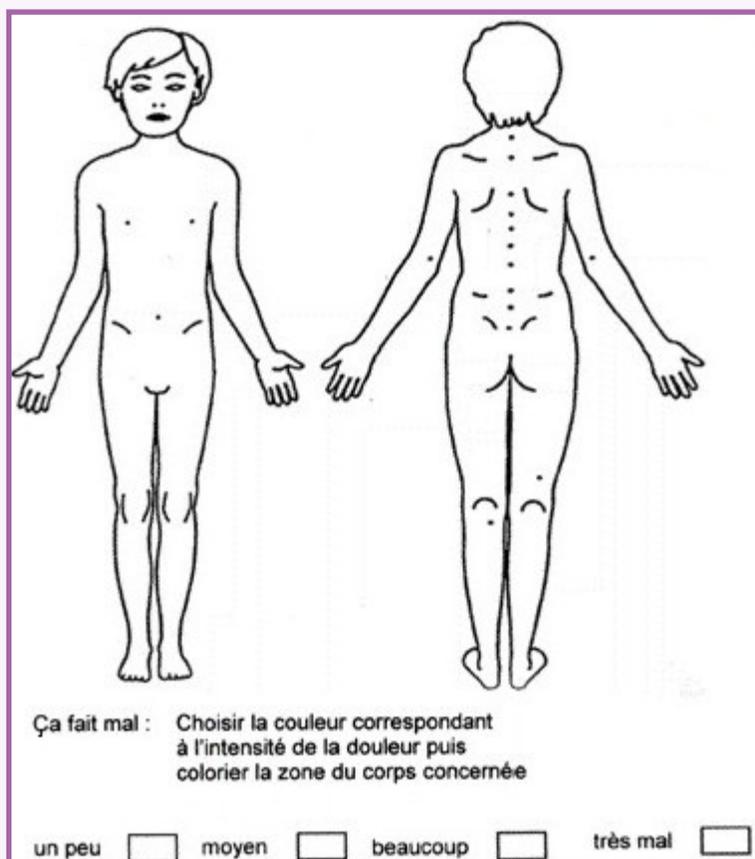
► Schéma du bonhomme en pédiatrie

- **Âge d'utilisation** : à partir de 4 ans.

Le principe consiste en ce que l'enfant colorie les zones qui lui font mal. Ce schéma permet d'identifier les localisations de la douleur, le nombre des localisations, l'intensité de la douleur. Si possible, l'enfant choisit d'abord une couleur différente pour 4 niveaux de douleur (un peu, moyen, beaucoup, très fort).

Il est nécessaire de rester auprès de l'enfant quand il dessine. Les plus petits peuvent commencer par colorier là où ils ont mal mais risquent de tout colorier par jeu.

Ce dessin permet parfois de révéler des localisations douloureuses qui étaient passées inaperçues.



Source : <http://pediadol.org/-Auto-evaluation-.html> ou dans le guide de poche Douleur de l'enfant-
l'essentiel disponible en e-book sur le lien suivant : http://www.pediadol.org/IMG/html/guide_essentiel-ebook.html

► EVENDOL

Cette échelle est validée pour évaluer les douleurs aiguës ou prolongées aux urgences et en post-opératoire chez l'enfant de 0 à 7 ans.

Il s'agit d'évaluer 5 items comportementaux simples et de les coter en fonction de 4 cotations possibles, tenant compte à la fois de l'intensité et de la permanence du signe pendant le temps d'observation.

Il faut noter ce que l'on observe... même si l'on pense que les symptômes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

Le score obtenu varie de 0 à 15. Le seuil de prescription est à 4/15.

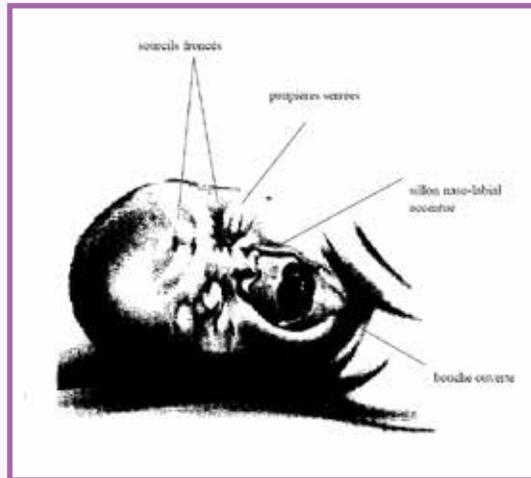
Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Antalgique									
					Evaluation à l'arrivée		Evaluations suivantes							
					au repos ¹ ou calme (R)	à l'examen ² ou la mobilisation (M)	R	M	R	M	R	M		
Expression vocale ou verbale pleure et/ou cri et/ou gémissement et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3										
Mimiques à le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3										
Mouvements s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3										
Postures à une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3										
Relation avec l'environnement peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3										
Remarques	Score total /15													
	Date et heure													
	Initiales évaluateur													

► Références

- Archives de Pédiatrie 2006 ; 16 (922) : 129-30, Archives de Pédiatrie 2012 ; 19 (922) : 42-44 , Journées Paris Pédiatrie 2009 : 265-76, Pain 2012 ; 153 : 1573-82

► Principales échelles d'hétéro-évaluation chez le nouveau-né, le prématuré et le nourrisson.

NFCS : Neonatal Facial Coding System



Cette échelle est élaborée pour le nouveau-né, utilisable jusqu'à 18 mois.

Elle est destinée à évaluer la douleur aiguë et/ou la douleur induite par les soins.

Cette échelle se réfère uniquement à la grimace pour mesurer la douleur. Elle constitue un excellent descriptif de la grimace de douleur chez le nouveau-né. La sémiologie du visage est très fine.

Le score va de 0 à 10 dans la version 10 items, de 0 à 4 dans la version 4 items (en gras).

Signes de douleur	Oui, present: coder 1 point	Non, absent: coder 0 point
Sourcils froncés		
Paupières serrées		
Sillon nasolabial accentué		
Bouche ouverte		
Langue tendue creusée		
Menton tremblant		
Bouche étirée en hauteur		
Bouche étirée en largeur		
Lèvres faisant la moue		
Protrusion de la langue		

► Références :

- Grunau RVE et al. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonate. *Pain* 1998 ; 76 : 277-86
- Grunau RVE et al. Neonatal pain behaviour and perinatal events : implications for research observations. *Can J Nursing Research* 1989 ; 21 : 7-17
- Grunau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates : facial action and cry. *Pain* 1987 ; 28 : 395-410

Source : <http://pediadol.org/-Auto-evaluation-.html> ou dans le guide de poche Douleur de l'enfant-
l'essentiel disponible en e-book sur le lien suivant : http://www.pediadol.org/IMG/html/guide_essentiel-ebook.html

► DAN Douleur Aiguë du Nourrisson

ÉCHELLE DAN : Échelle d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né			
<small>élaborée pour mesurer la douleur d'un geste invasif chez le nouveau-né à terme ou prématuré utilisable jusqu'à 3 mois score de 0 à 10</small>			
JOUR, HEURE	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
RÉPONSES FACIALES			
0 : Calme			
1 : Pleuriche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux :			
2 : - Légers, intermittents avec retour au calme			
3 : - Modérés			
4 : - Très marqués, permanents			
MOUVEMENTS DES MEMBRES			
0 : Calmes ou mouvements doux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement desorteils, membres inférieurs raidés et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait :			
1 : - Légers, intermittents avec retour au calme			
2 : - Modérés			
3 : - Très marqués, permanents			
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR			
0 : Absence de plainte			
1 : Gémit brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet			
2 : Cris intermittents. Pour l'enfant intubé : mimique de cris intermittents			
3 : Cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé : mimique de cris constants			

CARBAJAL R., PALUPÉ A., HOENN E., LENCLÉN R., OUVIER MARTIN M. DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. Arch Pediatr 1997, 4 : 623-628.

Source : <http://pediadol.org/-Auto-evaluation-.html> ou dans le guide de poche Douleur de l'enfant-
l'essentiel disponible en e-book sur le lien suivant : http://www.pediadol.org/IMG/html/guide_essentiel-ebook.html

► EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né)

Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)
 élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré
 utilisable jusqu'à 6 à 9 mois
 pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs)
 non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé
 Score de 0 à 15, seuil de traitement 5

		Date												
		Heure												
VISAGE	0	Visage détendu												
	1	Crismes passagers : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton												
	2	Crismes fréquentes, marquées ou prolongées												
	3	Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé												
CORPS	0	Détendu												
	1	Agitation transitoire, assez souvent calme												
	2	Agitation fréquente mais retour au calme possible												
	3	Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé												
SOMMEIL	0	S'endort facilement, sommeil prolongé, calme												
	1	S'endort difficilement												
	2	Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité												
	3	Pas de sommeil												
RELATION	0	Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute												
	1	Appréhension passagère au moment du contact												
	2	Contact difficile, cri à la moindre stimulation												
	3	Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation												
RÉCONFORT	0	N'a pas besoin de réconfort												
	1	Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion												
	2	Se calme difficilement												
	3	Inconsolable. Succlon désespérée												
		SCORE TOTAL												
OBSERVATIONS														

DEBILLON T, SCAGGERO B, ZUPAN V, TRES V, MACNY JF, BOUGLIER MA, DEHAN M. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994 ; 1 : 108-94.
 DEBILLON T, ZUPAN V, RAIVALT N, MACNY JF, DEHAN M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Dis Child Neonatal Ed 2001 ; 75 : F38-F40.

Source : <http://pediadol.org/-Auto-evaluation-.html> ou dans le guide de poche Douleur de l'enfant-
 l'essentiel disponible en e-book sur le lien suivant : http://www.pediadol.org/IMG/html/guide_essentiel-ebook.html

► HEDEN

Échelle HEDEN Pour mesurer la douleur prolongée de l'enfant en atonie psychomotrice (version raccourcie et simplifiée de l'échelle DEGR) Score 0 à 10				COTATION		
				Date : / /		
Signes de douleur	0	1	2			
Plaintes somatiques (EVD)	Aucune	<i>Se plaint d'avoir mal</i>	<i>Plainte avec gémissements, cris, ou sanglots, ou supplications</i>			
Intérêt pour le monde extérieur (APM)	<i>L'enfant s'intéresse à son environnement</i>	<i>Perte d'enthousiasme, intérêt pour activité en y étant poussé</i>	<i>Inhibition totale, apathie, indifférent et se désintéresse de tout</i>			
Position antalgique (SDD)	<i>L'enfant peut se mettre n'importe comment, aucune position ne lui est désagréable</i>	<i>L'enfant a choisi à l'évidence une position antalgique</i>	<i>Recherche sans succès une position antalgique, n'est jamais bien installé</i>			
Lenteur et rareté des mouvements (APM)	<i>Mouvements larges, vifs, rapides, variés</i>	<i>Latence du geste, mouvements restreints, gestes lents et initiatives motrices rares</i>	<i>Enfant comme figé, immobile dans son lit, alors que rien ne l'empêche de bouger</i>			
Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (SDD)	<i>Examen et mobilisation sans problème</i>	<i>Demande de « faire attention », protège la zone douloureuse, retient ou guide la main du soignant</i>	<i>Accès impossible à la zone douloureuse ou opposition à toute initiative du soignant pour la mobilisation</i>			
TOTAL						

EVD : expression volontaire de douleur ; APM : atonie psychomotrice ; SDD : Signes directs de douleur

Référence : Marec-Bérard P., Canicio C., Bergeron C., Gomez F., Combet S., Foussat C., Thibault P., Le Moine P. L'échelle d'évaluation de la douleur HEDEN comme simplification de l'échelle DEGR. 12^e Journée « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? », Paris, 2005.

Source : <http://pediadol.org/-Auto-evaluation-.html> ou dans le guide de poche Douleur de l'enfant- l'essentiel disponible en e-book sur le lien suivant : http://www.pediadol.org/IMG/html/guide_essentiel-ebook.html

► Échelle DEGR

Cette échelle a été élaborée pour l'enfant atteint de cancer, mais elle peut être utilisée dans toute situation de douleur prolongée. Elle a été élaborée pour l'enfant de 2 à 6 ans mais elle est utilisable de 9 mois à 10 ans. La cotation se réfère à l'état de l'enfant dans les 4 dernières heures.

ÉCHELLE DOULEUR ENFANT GUSTAVE-ROUSSY®

ÉTIQUETTE

Date :

Nom de l'examineur :

ITEM 1 : POSITION ANTALGIQUE AU REPOS
Spontanément, l'enfant évite une position ou bien s'installe dans une posture particulière, malgré une certaine gêne, pour soulager le tension d'une zone douloureuse. À éviter lorsque l'enfant est SANS ACTIVITÉ PHYSIQUE, allongé ou assis. À NE PAS CONFONDRÉ avec l'attitude analgésique dans le mouvement.

COTATION :

0 : Absence de position antalgique : l'enfant peut se mettre n'importe comment.

1 : L'enfant semble éviter certaines positions.

2 : L'enfant ÉVITE certaines positions, mais ne paraît pas gêné.

3 : L'enfant CHOISIT une position antalgique évidente, qui lui apporte un certain soulagement.

4 : L'enfant recherche sans succès une position antalgique et n'arrive pas à être bien installé.

ITEM 2 : MANQUE D'EXPRESSIVITÉ
Concerne la capacité de l'enfant à recevoir et à exprimer sentiments et émotions, par son visage, son regard et les inflexions de sa voix. À étudier alors que l'enfant n'est dans des zones de souffrance (jeux, repas, discussion).

COTATION :

0 : L'enfant est VIF dynamique avec un visage animé.

1 : L'enfant paraît un peu triste, étonné.

2 : Au moins un des signes suivants :
- traits du visage peu expressifs, regard morne, voix marmottée et monotone, débit verbal lent.

3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont notés.

4 : Visage figé, comme agrandi. Regard vide. Parle avec effort.

ITEM 3 : PROTECTION SPONTANÉE DES ZONES DOULOUREUSES
En permanence l'enfant est attentif à éviter un contact sur la zone douloureuse.

COTATION :

0 : L'enfant ne montre aucun souci de se protéger.

1 : L'enfant évite les heurts violents.

2 : L'enfant protège son corps, en évitant et en évitant ce qui pourrait le toucher.

3 : L'enfant se préoccupe visiblement de limiter tout attachement d'une région de son corps.

4 : Toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte.

ITEM 4 : PLAINTES SOMATIQUES
Cet item concerne la façon dont l'enfant a dit qu'il avait mal, spontanément ou à l'interrogatoire, pendant le temps d'observation.

COTATION :

0 : Pas de plainte, l'enfant n'a pas dit qu'il a mal.

1 : Plaintes « mesurées » :
- sans expression affective (dit en passant « j'ai mal... »)
- et sans effort pour le dire ou se dérange pas exprès).

2 : Au moins un des signes suivants :
- a zébré la question « qu'est-ce que tu as, tu as mal ? »
- voix pénétrée pour dire qu'il a mal
- mimique expressive pour accompagner la plainte.

3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant :
- a attiré l'attention pour dire qu'il a mal
- a demandé un médicament.

4 : C'est un mélange de gémissements, sanglots ou suppléments que l'enfant dit qu'il a mal.

ITEM 5 : ATTITUDE ANTALGIQUE DANS LE MOUVEMENT
Spontanément, l'enfant évite la mobilisation, ou l'utilisation d'une partie de son corps. À rechercher au cours d'ENCHAÎNEMENTS DE MOUVEMENTS (ex : la marche) éventuellement sollicités. À NE PAS CONFONDRÉ avec la lenteur et l'arrêt des mouvements.

COTATION :

0 : L'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps. Ses mouvements sont souples et actifs.

1 : L'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains de ses mouvements.

2 : L'enfant prend des précautions pour certains gestes.

3 : L'enfant évite nettement de faire certains gestes. Il se mobilise avec prudence et attention.

4 : L'enfant doit être aidé, pour lui éviter des mouvements trop pénibles.

ITEM 6 : DÉSINTÉRÊT POUR LE MONDE EXTÉRIEUR
Concerne l'énergie disponible pour entrer en relation avec le monde environnant.

COTATION :

0 : L'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement, peut fixer son attention et est capable de se distraire.

1 : L'enfant s'intéresse à son environnement, mais sans enthousiasme.

2 : L'enfant s'ennuie facilement, mais peut être stimulé.

3 : L'enfant se traîne, incapable de jouer, il regarde passivement.

4 : L'enfant est apathique et indifférent à tout.

ITEM 7 : CONTRÔLE EXERCÉ PAR L'ENFANT QUAND ON LE MOBILISE (mobilisation passive)
L'enfant que l'on doit saisir pour une raison banale (jeux, repas) surveille le geste, donne un conseil, arrête la main ou le bras.

COTATION :

0 : L'enfant se laisse mobiliser sans y accorder d'attention particulière.

1 : L'enfant a un regard attentif quand on le mobilise.

2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre qu'il faut faire attention au mouvement.

3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant retient de la main ou guide les gestes du soignant.

4 : L'enfant s'oppose à toute initiative de soignant ou obtient qu'un geste ne soit fait sans son accord.

ITEM 8 : LOCALISATION DE ZONES DOULOUREUSES PAR L'ENFANT
Spontanément ou à l'interrogatoire, l'enfant localise sa douleur.

COTATION :

0 : Pas de localisation : à aucun moment l'enfant ne désigne une partie de son corps comme douloureuse.

1 : L'enfant signale, UNIQUEMENT VERBALEMENT, une sensation pénible dans une région VAGUE sans autre précision.

2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre avec un geste vague cette région.

3 : L'enfant désigne avec la main une région douloureuse précise.

4 : En plus de la COTATION 1, l'enfant décrit, d'une manière assurée et précise, le siège de sa douleur.

ITEM 9 : RÉACTIONS À L'EXAMEN DES ZONES DOULOUREUSES
L'examen de la zone douloureuse déclenche chez l'enfant un mouvement de défense, ou de retrait, et des réactions émotionnelles. Ne noter que les réactions provoquées par l'examen, et NON CELLES PRÉ-EXISTANTES À L'EXAMEN.

COTATION :

0 : Aucune réaction déclenchée par l'examen.

1 : L'enfant marlotte, fixe au moment où on l'examine une certaine personne.

2 : Lors de l'examen, on note au moins un de ces signes : retrait de la zone examinée, crispation du visage, pleurs bruyants, blocage respiratoire.

3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant change de couleur, marlotte, pleure ou cherche à arrêter l'examen.

4 : L'examen de la région douloureuse est quasiment impossible, en raison des réactions de l'enfant.

ITEM 10 : LENTEUR ET RARETÉ DES MOUVEMENTS
Les mouvements de l'enfant sont lents, peu amples et un peu rigides, même à distance de la zone douloureuse. Le tronc et les grosses articulations sont particulièrement mobilisés. À comparer avec l'activité gestuelle habituelle d'un enfant de cet âge.

COTATION :

0 : Les mouvements de l'enfant sont larges, vifs, rapides, variés et lui apportent un certain plaisir.

1 : L'enfant est un peu lent et bouge sans entrain.

2 : Un des signes suivants :
- lenteur du geste
- mouvements restreints,
- gestes lents,
- intonations monotones, rares.

3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont notés.

4 : L'enfant est comme figé, alors que rien ne l'empêche de bouger.

164 GUIDE DE BONNES PRATIQUES SDC

INT-Douleurs.indb 164

04/12/2019 11:05

► Échelle d'évaluation de l'enfant dyscommuniquant, en situation de handicap

ÉCHELLE FLACC : Face Legs Activity Cry Consolability
 Élaborée pour mesurer la douleur de la personne handicapée de 0 à 18 ans - [Items modifiés écrits en italique entre crochets]
 Chaque item est coté de 0 à 2
 Score de 0 à 10

		Date							
		Heure							
VISAGE	0 - Pas d'expression particulière ou sourire 1 - Grimace ou frocement occasionnel des sourcils, retrait, décontenance <i>[activité triste ou inquiete]</i> 2 - Frocements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton <i>[visage serré ; expressions d'effroi ou de douleur]</i>								
JAMBES	0 - Position habituelle ou détendue 1 - Gêné, agité, tendu <i>[tremblements occasionnels]</i> 2 - Coups de pieds ou jambes microperçantes <i>[agitation manuelle de la quatrieme ; trépidations ou sursauts permanents]</i>								
ACTIVITE	0 - Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement 1 - Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu <i>[agacement agité (ex. : bouge sa tête d'avant en arrière, agressif) ; respiration superficielle, saccadée, soupirs intermittents]</i> 2 - Arc-bouté, figé, ou narsiste <i>[agitation active, se cogne la tête, tremblement (non rigide) ; retient sa respiration, halète ou inspire profondément ; respiration saccadée inspiratoire]</i>								
CRIS	0 - Pas de cris (éveillé ou endormi) 1 - Gemissements ou pleurs, plainte occasionnelle <i>[criaison oratoire ou gémissement occasionnel]</i> 2 - Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes <i>[criaison oratoire réjubilé ou gémissement constant]</i>								
CONSOLABILITE	0 - Content, détendu 1 - Ransacé occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distrait 2 - Difficile à consoler ou à reconforter <i>[insistence le réconfort, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort]</i>								
SCORE TOTAL									
OBSERVATIONS									

© 2000, Université de Michigan, Système de santé. Droits réservés.
 Traduction par l'équipe de l'Unité d'évaluation et de traitement de la douleur, Centre hospitalier universitaire Robert Debré, Paris, France.
 Corrigé/actualisé par le Dr Marie-Claude Gagnier, IWK Health Centre, Dalhousie University, Halifax, Canada et par le Dr Peter Jones, Centre hospitalier universitaire Robert Debré, Paris, France.

Source : <http://pediadol.org/-Auto-evaluation-.html> ou dans le guide de poche Douleur de l'enfant- l'essentiel disponible en e-book sur le lien suivant : http://www.pediadol.org/IMG/html/guide_essentiel-ebook.html

► Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficience Intellectuelle

GED-DI

Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficience Intellectuelle

Nom: _____

Date : _____ (jj/mm/aa)

INSTRUCTIONS

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a montré les comportements suivants.
Veuillez encadrer le chiffre correspondant à chacun des comportements.

- | | |
|--|--|
| 0 = Ne se présente pas du tout pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA » | 2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue. |
| 1 = Est vu ou entendu rarement (à peine), mais présent. | 3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un observateur noterait facilement l'action. |
| | NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action. |

0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS	
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: cri, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Seute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est effilé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touches, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex. : fêchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
À le souffle court, coupe	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Total:	0 *			0	=

Évaluation : Total 6 – 10 = douleur légère; Total 11+ = douleur modérée ou sévère.

Version 01.2011 ©2011 Zabolni M., Breau L.M., Wood C., Lévesque C., Hennigan M., Villeneuve E., Fial E., Valler L., Grignon M., C. Et (Prou G. (2011) Validité transculture de la grille d'évaluation de la douleur - déficience intellectuelle - version post-opératoire. Canadian Journal of Anesthesia / Journal canadien d'anesthésie, published online 2 september 2011. DOI 10.1007/s12630-011-0062-7

► Échelle Douleur Enfant San Salvador

Échelle Douleur Enfant San Salvador
pour évaluer la douleur de l'enfant polyhandicapé
Score de 0 à 40, seuil de traitement 6

Date	Heure																							
<p>ITEM 1 : Pleurs et/ou cris (bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble se manifester plus que d'habitude 2 : Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux 3 : Pleurs et/ou cris spontanés et tout à fait inhabituels 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)</p>																								
		<p>ITEM 2 : Réaction de défense coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse (l'effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenchent une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme une réaction de défense) 0 : Réaction habituelle 1 : Semble réagir de façon inhabituelle 2 : Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel 3 : Même signe que 1 et 2 avec grimace et/ou gémissement 4 : Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs</p>																						
				<p>ITEM 3 : Mimique douloureuse (expression du visage traduisant la douleur, un rire paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Facès inquiet inhabituel 2 : Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux 3 : Mimique douloureuse spontanée 4 : Même signe que 1, 2, ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)</p>																				
						<p>ITEM 4 : Protection des zones douloureuses (protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact) 0 : Réaction habituelle 1 : Semble redouter le contact d'une zone particulière 2 : Protège une région précise de son corps 3 : Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec agitation, cris et pleurs. Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs</p>																		
<p>ITEM 5 : Gémissements ou pleurs silencieux (émit au moment des manipulations ou spontanément de façon intermittente ou permanente) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble plus gémard que d'habitude 2 : Gémissements de façon inhabituelle 3 : Gémissements avec mimique douloureuse 4 : Gémissements entrecoupés de cris et de pleurs</p>																								

© Pédiadol

Source : Collignon P, Giusiano B, Jimeno MT et al. In : Gauvain-Piquard A, Murat I, Pons G. La douleur chez l'enfant : échelles d'évaluation, traitements médicamenteux. Paris : Spinger Verlag ; 1993. p. 11-20.

Collignon P, Giusiano B, Combes JC. La douleur chez l'enfant polyhandicapé. In : Ecoffey C, Murat I. La douleur chez l'enfant. Paris : Flammarion Med Sci ; 1999. p. 174-8.

► Échelle d'évaluation de la douleur en réanimation

ÉCHELLE COMFORT

Élaborée et validées pour mesurer la « détresse » et la douleur (postopératoire ou non), et la sédation chez l'enfant en réanimation (ventilé et sédaté), de la naissance à l'adolescence

Excès de sédation : 8 à 16, score normal entre 17 et 23, douleur ou inconfort à partir de 24, score maximal à 40

ITEM	DATE		PROPOSITIONS	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE
	HEURE							
EVEIL			1 Profondément endormi 2 Légèrement endormi 3 Somnolent 4 Éveillé et vigilant 5 Hyper attentif					
CALME OU AGITATION			1 Calme 2 Légèrement anxieux 3 Anxieux 4 Très anxieux 5 Paniqué					
VENTILATION			1 Pas de ventilation spontanée, pas de toux 2 Ventilation spontanée avec peu ou pas de réaction au respirateur 3 Lutte contre le respirateur ou tousses occasionnellement 4 Lutte activement contre le respirateur ou tousses régulièrement 5 S'oppose au respirateur, tousses ou suffoque					
MOUVEMENTS			1 Absence de mouvement 2 Mouvements légers, occasionnels 3 Mouvements légers, fréquents 4 Mouvements énergiques, uniquement aux extrémités 5 Mouvements énergiques incluant le torse et la tête					
PRESSION ARTÉRIELLE MOYENNE Valeur de base : observer 6 fois pendant 2 minutes			1 Pression artérielle en dessous de la valeur de base 2 Pression artérielle correspondant à la valeur de base 3 Augmentation occasionnelle de 15 % ou plus de la valeur de base (1 à 3 fois) 4 Augmentation fréquente de 15 % ou plus de la valeur de base (plus de 3 fois) 5 Augmentation prolongée de plus de 15 % de la valeur de base					
FRÉQUENCE CARDIAQUE Valeur de base : observer 6 fois pendant 2 minutes			1 Fréquence cardiaque en dessous de la valeur de base 2 Fréquence cardiaque correspondant à la valeur de base 3 Augmentation occasionnelle de 15 % ou plus de la valeur de base (1 à 3 fois) 4 Augmentation fréquente de 15 % ou plus de la valeur de base (plus de 3 fois) 5 Augmentation prolongée de plus de 15 % de la valeur de base					
TONUS MUSCULAIRE souple, fléchi et étendu un membre pour l'évaluer			1 Muscles totalement décontractés, aucune tension musculaire 2 Tonus musculaire diminué 3 Tonus musculaire normal 4 Tonus musculaire augmenté avec flexion des doigts et des orteils 5 Rigidité musculaire extrême avec flexion des doigts et des orteils					
TENSION DU VISAGE			1 Muscles du visage totalement décontractés 2 Tonus des muscles du visage normal, aucune tension visible 3 Contracture évidente de quelques muscles du visage 4 Contracture évidente de l'ensemble des muscles du visage 5 Muscles du visage contractés et grimaçants					
			Score total					

Ambrud B, Hamlett KW, Maix OM. Assessing distress in pediatric intensive care environments: the Comfort Scale. *J Pediatric Psychol* 1992 ; 17 : 95-109
Van Dijk M, De Boer JB, Koop HM, Tibboel D, Passchier J, Dulvevoorden HJ. The reliability and validity of the COMFORT scale as a postoperative pain instrument in 0 to 3 years old infants. *Pain* 2000 ; 84 : 367-77

© Pédiadoul

► Échelle BPS

Echelle BPS (Behavioral Pain Scale)

L'échelle BPS est une échelle comportementale de douleur utilisée en réanimation pour le patient adulte sédaté et ventilé.

Elle comporte l'évaluation de 3 critères : l'expression du visage, le tonus des membres supérieurs et l'adaptation au respirateur.

Chaque paramètre est coté de 1 à 4. L'ensemble des sous-scores est additionné pour obtenir le score total qui s'étend de 3 à 12.

Critères	Description	Score
Expression du visage	Détendu	1
	Plissement du front	2
	Fermeture des yeux	3
	Grimace	4
Tonus des membres supérieurs	Aucun	1
	Flexion partielle	2
	Flexion complète	3
	Rétraction	4
Adaptation au respirateur	Adapté	1
	Lutte ponctuellement	2
	Lutte contre ventilateur	3
	Non ventilable	4

Payen, Crit Care Med, 2001

► Tableau récapitulatif des différentes échelles

Évaluation douleur sujet communicant : auto-évaluation	Schéma corporel	Demander au patient d'indiquer toutes les zones de douleur sur un schéma corporel. Il peut être accompagné de remarques ou de complément de descriptions.
	L'Echelle Numérique ou EN	Il est demandé au patient de « noter » sa douleur de 0 à 10 à un moment donné. C'est probablement le mode le plus courant d'évaluation de l'intensité douloureuse en pratique.
	L'Echelle Visuelle Analogique ou EVA	Permet, à l'aide d'une réglette graduée côté soignant et portant les mentions « aucune douleur » et « la pire douleur imaginable » à chaque extrémité d'une ligne côté patient, d'évaluer l'intensité de sa douleur à un moment donné par une valeur numérique de 0 à 10 cm ou de 0 à 100 mm. Le patient mobilise lui-même le curseur de cette réglette.
	L'Echelle Verbale Simple ou EVS	S'adresse aux patients n'étant en capacité d'utiliser les 2 précédentes (incompréhension, difficultés d'abstraction). On propose dans ce cas des qualificatifs au patient pour coter sa douleur : Aucune douleur, douleur faible, douleur moyenne, douleur intense ou douleur très intense. Cotée de 0 à 4.
Évaluation de l'intensité de la douleur chez le sujet non communicant : hétéro-évaluation	L'échelle ALGOPLUS	« Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale ». Version adaptée à la douleur aiguë, elle est particulièrement intéressante pour la détection de la douleur chez le patient non-communicant au cours d'une affection aiguë ou d'accès douloureux transitoires. Cinq catégories d'éléments sont étudiées. Chaque réponse positive (oui) compte pour 1 point. Un score supérieur ou égal à 2/5 signe la présence d'une douleur.
	L'échelle DOLOPLUS 2	« Échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale ». C'est une échelle d'évaluation du niveau de douleur chronique validée chez le patient âgé. Elle se décompose en 10 éléments cotés chacun de 0 à 3 et répartis en 3 sous-groupes. Un score supérieur ou égal à 5/30 évoque une douleur chez le patient. Elle permet de cibler ce qui a pu être détecté dans l'échelle ALGOPLUS et présente un intérêt dans le suivi douloureux des pathologies de douleur chronique.
	L'échelle ECPA	Egalement validée chez le sujet âgé, cette échelle a l'avantage d'étudier à la fois la composante au repos de la douleur (4 premiers éléments) et sa composante au moment des soins (4 derniers éléments). Chaque élément est coté de 0 à 4 donnant un total sur 32 points. Elle permet un suivi régulier du niveau de douleur du patient lors de soins itératifs.
	Echelle l'EDAAP pour l'adulte et l'adolescent polyhandicapé	Après plusieurs modifications, au final l'EDAAP se compose de 11 items répartis en deux thèmes : retentissement somatiques (cris, pleurs, émissions vocales, changement de mimique, position antalgique, protection des zones douloureuses, perturbations du sommeil) et retentissement psychomoteur et corporel (modifications du tonus, intérêt pour l'environnement, troubles du comportement). Chaque item est coté de 0, 3, 4, ou 5. Un score peut être déterminé à partir de cette échelle. Il correspond à la somme des cotations de chaque item et a une valeur entre 0 et 41. L'existence d'une douleur sera affirmée pour tout score supérieur ou égal 7 et confirmée par un retour progressif de l'expression habituelle du patient après prise en charge ou mise en place d'un traitement efficace.

Échelle mesurant les différentes dimensions de la douleur	QDSA	Listes d'adjectifs permettant de qualifier la douleur selon la présence ou l'absence d'une caractéristique et son intensité entre 1 et 4.
Évaluation du retentissement	L'échelle HADs (Hospital Anxiety and Depression Scale)	Évaluant la composante anxieuse et/ou dépressive chez le patient douloureux chronique. Elle comprend deux groupes de 7 questions, chaque réponse est cotée de 0 à 3 par le patient. Le score (0 à 21) de chacune des deux sous-échelles donne une idée sur la sévérité du retentissement de la douleur sur les composantes anxieuse et dépressive. Pour les patients adultes, moins de 80 ans.
	L'échelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien -Questionnaire Concis de la Douleur	Le patient évaluant pour chaque élément de 0 à 10 (à la manière d'une EVA), le niveau de gêne occasionné par sa douleur sur son activité en général, son humeur, sa capacité à marcher, son aptitude au travail habituel, ses relations avec les autres, son sommeil et son goût de vivre.
Échelle spécifique	Douleurs neuropathiques : DN4	La composante neuropathique d'une douleur doit impérativement être étudiée chez un patient douloureux afin de proposer les alternatives thérapeutiques les plus adaptées. On utilisera le questionnaire DN4 pour le dépistage.
	Douleurs neuropathiques : NPSI	Evaluation de la douleur neuropathique et ses composantes.
	Fibromyalgie : First	dépistage par le questionnaire FiRST /La fibromyalgie est un diagnostic parfois complexe, et des outils de dépistage doivent être connus, pour un diagnostic plus précoce.
	Céphalées et Migraine : HIT-6 et MIDAS	Headache Impact Test Mesure de l'impact des céphalées sur la vie professionnelle, familiale et sociale du patient Migraine Disability Assessment Questionnaire Évaluation de la perte de productivité liée à la migraine durant les 3 derniers mois Agenda Migraine Réalisé par le CETD de Saint-Etienne en partenariat avec la Fondation APICIL
Échelle de soulagement	Mesure de l'intensité du soulagement de la douleur	Se présente de 11 chiffres allant de 0 % = « pas de soulagement » à 100% = « soulagement maximal », le patient indique le chiffre qui décrit le mieux l'importance du soulagement ressenti au moment de l'évaluation. (Score en %) (Perturbe l'effet « habitude »).
Échelles spécifiques en pédiatrie	EVA pédiatrique (échelle visuelle analogique)	A partir de 4 à 6 ans.
	Echelle des visages FPS-R Faces Pain Scales Revised	A partir de 4 ans (mais aussi plus grand et ado)
	EN (échelle numérique)	A partir de 8 - 10 ans
	Schéma du bon-homme en pédiatrie	A partir de 4 ans
	EVENDOL	Douleur aiguës ou prolongée aux urgences et en post-opératoire de 0 à 7 ans.
	NFCS Néonatal Facial coding système	Douleur aiguë, douleur des soins douloureux pour le nouveau-né, jusqu'à 18 mois.

	DAN Douleur aiguë du nourrisson	Jusque 3 mois
	EDIN Echelle de la douleur et de l'inconfort du nouveau-né	Jusqu'à 6 à 9 mois
	HEDEN	Enfant en atonie psychomotrice
	Echelle DEGR	Dans le cadre du cancer conçu pour les 2 à 6 ans mais utilisable de 9 mois à 10 ans
	FLACC	Dans le cadre d'une dyscommunication ou de l'enfant handicapé de 0 à 18 ans
	GED-DI	Dans les situations de déficience intellectuelle
	Echelle douleur San Salvador	Évaluation de la douleur chez l'enfant polyhandicapé. Le seuil est à 6/40.
	Échelle d'évaluation de la douleur en réanimation / Échelle d'inconfort behaviour	En Réanimation de la naissance à l'adolescence
Évaluation de l'observance	Échelle numérique d'observance	Echelle globale de 1 à 10, question : vous arrive-t-il d'oublier votre traitement ?
	Echelle de Morisky et Green, pour l'observance aux médicaments	Observance et adhésion médicamenteuse
	Échelle d'observance utilisée dans les programmes d'éducation thérapeutique	4 questions en oui non
Douleur en réanimation	BPS Behavioral Pain Scale	Patient adulte sédaté et ventilé en réanimation / Douleur aiguë, douleur procédurale / 3 items d'observation comportementale : l'expression du visage, le mouvement des membres supérieurs et l'adaptation au respirateur chez le patient intubé. Chaque item est coté de 1 à 4. Le BPS s'échelonne donc d'une valeur minimale de 3 (absence de comportement douloureux observable) à une valeur maximale de 12 (comportement douloureux maximal). Un score $\geq 6/12$ permet de diagnostiquer la présence d'une douleur et d'instaurer une stratégie thérapeutique adaptée. L'anxiété, la détresse psychique et le syndrome de sevrage médicamenteux peuvent influencer le BPS.



Partie 3

Innovations depuis toujours, propositions pour demain

Responsable section : *Gérard Mick*

Nom des auteurs : *Nadine Attal, Frédéric Aubrun, Justine Avez-Couturier, Véronique Barfety, Christine Berlemont, Séverine Conradi, Rodrigue Deleens, Claire Delorme, Catherine Karanflovic, Valéria Martinez, Gérard Mick, Aline Le Chevalier, Isabelle Nègre, Serge Perrot, Virginie Piano, Gisèle Pickering, Sylvie Rostaing.*



Innovations depuis toujours, propositions pour demain

Responsable section : Gérard Mick

Nadine Attal, Frédéric Aubrun, Justine Avez-Couturier, Véronique Barfety, Christine Berlemont, Séverine Conradi, Rodrigue Deleens, Claire Delorme, Catherine Karanfilovic, Valéria Martinez, Gérard Mick, Aline Le Chevalier, Isabelle Nègre, Serge Perrot, Virginie Piano, Gisèle Pickering, Sylvie Rostaing.

Depuis leur émergence il y a plus de 40 ans en France, les SDC ont été des dispositifs porteurs d'innovation, au-devant des enjeux de santé publique, promoteurs de ce qui s'exprime aujourd'hui au travers de la démarche par parcours de soins et de santé :

- lecture bio-psycho-sociale d'une situation pathologique ;
- approche transversale, pluridimensionnelle et pluriprofessionnelle ;
- prise en charge intégrative et multimodale, décloisonnée ;
- innovations pharmaceutiques et technologiques.

Le défi aujourd'hui, objet du présent chapitre, est de faire reconnaître ces acquis et de poursuivre la posture innovante, afin de consolider, pérenniser, et faire évoluer les SDC. Une synthèse des axes d'amélioration préconisés est portée en fin de document.

1. Le parcours de santé du patient douloureux chronique, enjeu de santé publique

1. 1. La douleur chronique, au-delà de la pathologie

La douleur, ressenti non objectivable dont une personne ne peut que communiquer l'existence à autrui sans jamais pouvoir la démontrer, ne se résume pas à un simple symptôme reflet d'une maladie en cours, et dont un patient se plaint auprès d'un professionnel de santé. Elle se situe, pour un individu, au carrefour de sa sensorialité, de son état psychique, de sa personnalité forgée par la biographie et la culture, de ses représentations, croyances, socles identitaires et étayages relationnels et sociaux, enfin de son environnement (1, 2). Les interactions entre ces divers déterminants, avec la participation des acteurs de santé auprès desquels est déposée la plainte douloureuse, font le lit de ce qu'un événement douloureux initial devient chez certaines personnes : une *situation douloureuse chronique*, propre et unique à chacun. Une telle situation engendre des conséquences délétères dans toutes les dimensions de la vie de la personne, et impose à chacun des protagonistes - patient, professionnels, entourage - de cheminer tout au long d'un parcours complexe et incertain afin d'envisager des solutions acceptables pour tous (3).

1. 2. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie

Le début d'une pathologie chronique, qui signe théoriquement le début d'un *parcours de soins*, n'est pas strictement transposable au domaine de la douleur en matière de chronicisation ou en termes étiopathogéniques : à un mécanisme physiopathologique initialement algogène s'associent pratiquement toujours de façon au moins aussi prégnante des éléments ou problématiques psychiques et sociaux, corollaires ou non d'une douleur initiale. Un parcours de soins est au sens littéral la succession des actions de soins menées au bénéfice d'un patient, de façon cohérente et dans le cadre de référentiels ou à défaut de consensus d'experts basés sur des preuves scientifiques. Développé dans le domaine des pathologies chroniques, où il est assujéti à des données objectives d'évaluation d'une situation à un instant donné pour orienter vers le type de soin spécifique le plus adapté, ce concept doit être élargi dans le domaine de la douleur chronique à celui de *parcours de santé* : c'est la prise en compte des déterminants biopsychosociaux et de leurs intrications, au-delà des soins, qui est placée au premier plan. S'il est possible, dans certains cas, de considérer le parcours de soins d'un patient présentant une douleur chronique selon une pathologie prédominante causale, d'une façon générale, la problématique étiologique est donc complexe et ses multiples composantes non-médicales, imbriquées aux déterminants médicaux. La notion de parcours devient *systémique* et organisationnelle et non uniquement centrée sur les soins (3-5).

1. 3. Le parcours de santé du patient douloureux chronique au cœur des missions des SDC

Il serait licite, au regard d'une certaine pertinence en termes de prise en charge, de considérer le début du parcours de santé spécifique d'un patient douloureux chronique au moment où celui-ci bénéficie d'une lecture globale de sa situation, c'est-à-dire en particulier lorsqu'il consulte pour la première fois en SDC, quand l'ensemble des déterminants biopsychosociaux sont pris en compte, tant dans leur aspect causal qu'au niveau de leur prise en charge. Le parcours d'un patient douloureux chronique au sein d'une SDC n'est cependant qu'un épisode, même s'il est souvent déterminant, de son parcours (6) : la prise en charge d'une douleur par le premier médecin ou soignant consulté pour la douleur signe de fait le point de départ de ce parcours, d'autant que se joue souvent entre ce moment initial et l'entrée dans la SDC nombre d'événements qui seront eux-mêmes des déterminants de la situation douloureuse devenue chronique.

Dès lors qu'une situation douloureuse tend à se chroniciser, le parcours d'un patient se caractérise par une multiplicité dimensionnelle : *situationnelle*, au regard de la lecture biopsychosociale ; *relationnelle*, au regard du nombre et de la diversité des intervenants ; *thérapeutique* (au sens large) dans les divers champs (sanitaire, médicosocial, social) concernés ; *référentielle*, avec pour pivot le médecin traitant et l'entourage mais aussi l'équipe de la SDC (7). Si la définition classique suggère d'identifier l'entrée dans la douleur chronique après 3 mois de persistance d'une douleur initiale rebelle aux prises en charge conventionnelles, il convient ainsi de relativiser cette posture : le début du parcours de santé d'un patient douloureux chronique se confond avec le début de son histoire douloureuse, celui qu'il lui assigne lui-même comme point de départ dans son *parcours de vie*. C'est une nouvelle lecture et une approche globale de ce fragment difficile du parcours que propose une SDC à tout patient qui lui est adressé.

2. La SDC au service du parcours de santé du patient douloureux chronique : postures d'aujourd'hui, évolutions pour demain

2. 1. Le patient et la SDC : une co-construction du parcours de santé spécifique à la douleur chronique

Aujourd'hui

Pluriprofessionnalité, décloisonnement, concertation, coordination entre acteurs : la SDC, pivot articulatoire du parcours de santé du patient douloureux chronique.

En principe, dès le début de l'histoire d'une douleur chronique, quand l'un des intervenants autour du patient, et en particulier le médecin traitant, ressent que les moyens habituels mis en œuvre sont en échec, le recours à une SDC peut être envisagé. En terme institutionnel, le parcours au sein de la SDC, qui ne représente donc qu'une fraction (un épisode) du parcours de santé du patient, est logiquement organisé sur la base d'une première évaluation multidimensionnelle par un médecin évaluateur, ou éventuellement en binôme avec un professionnel spécialiste de la psyché. Celle-ci est complétée ou non selon les cas par : une évaluation infirmière qui prend en compte divers aspects complémentaires souvent non évoqués spontanément par le patient voire même après incitation au cours de la première évaluation médicale ; une évaluation psychologique, elle-même éventuellement amenée par la consultation infirmière lorsque la consultation médicale ne l'a pas permis, notamment quand le patient est initialement réticent. Une évaluation médicale spécialisée complémentaire peut parfois s'avérer nécessaire (8-9).

Dans de nombreux cas, les données de santé collectées au cours de ces consultations et évaluations convergent lors du temps de partage, d'échange, et d'analyse collective qu'est la *réunion de synthèse pluriprofessionnelle d'équipe*. Là sont définis des priorités et modes de prise en charge à déployer selon un agenda et en suivant le principe du réalisme. La *référence* de son parcours pour le patient devient alors *a priori* basée sur le binôme médecin traitant/médecin de la SDC, l'espace de soins étant quant à lui dual : en *institution* par l'équipe de la SDC et éventuellement des spécialistes et/ou soignants effectuant des actes techniques, en *ambulatoire* par les professionnels de soins primaires (médecin généraliste, infirmières, kinésithérapeutes, et psychologues essentiellement), avec éventuellement le concours de professionnels de second recours (spécialistes libéraux). Idéalement, lors de la première évaluation de la douleur chronique en tant que telle, la feuille de route élaborée en SDC avec le patient tient compte de son projet de vie et de ses attentes et préférences. Mais elle définit avant tout une véritable *arborescence de la prise en charge* auprès de *divers acteurs soignants et non soignants sollicitables au sein ET hors de la SDC*. L'approche pour la prise en charge étant pratiquement toujours plurielle et plurimodale, les diverses modalités devraient être effectuées *de façon parallèle*, prenant sens en termes de parcours pour le patient comme pour les professionnels, seulement quand elle est sous-tendue par : 1) une *cohérence de posture pluriprofessionnelle*, tant vis-à-vis des diagnostics et évaluations que des choix thérapeutiques et de prise en charge ;

2) une *concertation*, ou à défaut un partage/échange, induisant que les acteurs sollicités adressent aux référents et à tous les autres acteurs une information sur ce qu'il a réalisé et constaté dans le cadre de la feuille de route (10). La pluralité des approches impose par ailleurs une *gestion chronologique* de la mise en œuvre de celles-ci, qui peut être *adaptée au fil de l'eau* mais nécessite un véritable *carnet de route* recensant la nature des actes, la date de leur réalisation, les attendus, et le mode d'évaluation du résultat. La feuille de route permet en outre de stratifier les objectifs, afin de prioriser certains d'entre eux tout en positionnant les autres prises en charge en parallèle. Les *objectifs* visés ne sont pas uniquement, à l'issue de l'épisode de soins en SDC, l'amélioration de l'état pathologique dont la douleur ou une réduction du risque de complications, mais une amélioration de la qualité de vie, une réduction du handicap, une réappropriation de l'autonomie en particulier sociale, et globalement l'élaboration d'un nouveau projet de vie. A cette feuille de route, et dans le cadre du parcours de soins en SDC dont la durée est de plusieurs mois à plusieurs années, se superposent des situations d'urgence ou d'« *acutisation* », pour lesquelles il s'agit de « protocoliser » à minima la réponse à réaliser en proximité, en particulier par le médecin traitant, éventuellement les services d'urgence. Ces aléas ou fluctuations, le plus souvent sans protocole validé *a priori* ou partagé en amont par les acteurs médicaux, incitent à s'appuyer sur un *document élaboré à l'avance par la SDC en lien avec le médecin traitant*.

L'*approche intégrative d'un parcours de santé* nécessite, pour être déployée, une formalisation. Mais formaliser une approche multidimensionnelle au sein d'une SDC, où interviennent en parallèle plusieurs professionnels, doit toujours tenir compte de la participation de tous les autres intervenants hors de la SDC, œuvrant eux aussi en parallèle auprès du patient. Cette posture, en s'appuyant sur les apports récents concernant la notion de parcours de santé et en particulier ceux des personnes en situation complexe ou en perte d'autonomie⁶, place **la SDC comme pivot de la prise en charge du patient** au regard de son parcours de patient douloureux chronique, qui se situe largement au dehors d'elle mais est largement influencée par ses actions : 1) avec l'évaluation pluriprofessionnelle partagée, en élaborant une *nouvelle lecture pluridimensionnelle de la situation*, propice à une évolution significative de celle-ci ; 2) en élaborant une *feuille de route de prise en charge*, authentique **projet personnalisé de santé** (PPS) qui mobilise les acteurs sanitaires et non sanitaires, institutionnels et ambulatoires dont l'équipe de soins primaires, autour du patient ; 3) en proposant au sein du PPS un *projet de soins spécifique* incluant des soins techniques ou complexes tout autant qu'une *démarche d'accompagnement et éducative* ; 4) en sollicitant *échanges et partages entre tous les acteurs*, à la recherche de leur *engagement collectif cohérent et coordonné*, tant au regard de leurs postures vis-à-vis du patient que de leurs appréciations diagnostiques et actes thérapeutiques.

Dans un tel processus, le patient est toujours placé par la SDC au centre de l'organisation et de la mise en œuvre de son parcours de santé. Ses choix en matière d'acteurs professionnels œuvrant à son chevet, d'approches thérapeutiques, d'agenda et de priorités concernant son parcours sont respectés, après exposé et dialogue avec l'équipe de la SDC à propos des divers déterminants de sa situation et des alternatives de prise en charge plurimodale proposées. Le patient est aussi invité à participer à l'amélioration de la prise en charge proposée en SDC : *patient expert* pour l'éducation thérapeutique, *patient traceur* pour la démarche qualité, *patient enseignant* en université du patient, comme à Grenoble ou à Lille.

Propositions

- 1 L'équipe de la SDC doit être considérée comme un **dispositif pluriprofessionnel** en soutien direct de l'équipe de soins primaires qui la sollicite, à la fois **évaluateur des problématiques en cours, organisateur du parcours de santé spécifique de la plainte douloureuse, et effecteur de soins antalgiques ou connexes**, sans se substituer aux autres acteurs autour du patient.
- 2 L'évaluation initiale d'une situation douloureuse chronique (« première consultation ») par l'équipe de la SDC doit être identifiée et valorisée comme un **processus long, pluridimensionnel, impliquant plusieurs professionnels**.
- 3 La prise en charge d'une situation douloureuse chronique (« consultations de suivi ») par l'équipe de la SDC doit être identifiée et valorisée comme un **processus au long cours, pluriprofessionnel, plurimodal, pluridimensionnel, nécessitant une mise en lien et en cohérence de tous les acteurs** (patient, professionnels, entourage).
- 4 Le patient doit être considéré comme l'acteur central de son parcours de santé, et invité à participer à l'amélioration de la qualité des missions des SDC.

2. 2. Les métiers au sein de la SDC

2. 2. 1. Médecin

Aujourd'hui

L'absence de pérennisation des postes de médecins de la douleur dans de nombreux établissements fragilise les missions des SDC. Les « équivalents temps plein » sont peu nombreux, et le découpage du temps de travail contribue à la volatilité des postes. Le détachement de certains praticiens de spécialité (comme en anesthésie-réanimation) est trop souvent assujéti uniquement aux choix des chefs de services et/ou de pôles, alors que la fidélisation à un poste est le ciment d'une intégration réussie à une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Il existe de plus un vieillissement de la population des médecins de la douleur, avec risque de nombreux départs à la retraite non remplacés au cours des prochaines années, les conditions d'exercice rappelées ci-dessus réduisant l'attractivité, alors même que les politiques publiques assignent comme priorité la prise en charge de la douleur. L'évolution des modalités de formation des médecins de la douleur (en dehors des DU, DIU, et capacités : voir ci-après) occasionnera de plus une paucité des vocations, la complexité des Formation Spécialisée Transversales (FST) et leur intégration dans le parcours de formation des apprenants constituant un point de fragilité au recrutement des futurs médecins des SDC.

Propositions

- 1 Les postes des médecins des SDC doivent être sanctuarisés par les établissements et les ARS.
- 2 Il est indispensable d'améliorer la communication sur la filière de formation spécifique des médecins de la douleur.

2. 2. 2. Infirmier(e)s

Aujourd'hui

Les compétences spécifiques de l'infirmier(e) en SDC (Infirmier(e) Ressource Douleur : IRD) élargissent celles requises pour une IDE et reflètent typiquement une pratique infirmière avancée, s'appuyant sur des compétences cliniques spécifiques à l'exercice en SDC autour de plusieurs rôles clés qui diffèrent des pratiques habituelles du métier socle :

- consultations spécifiques de première ligne (éventuellement en premier recours) et/ou de seconde ligne complétant celles du médecin et du spécialiste de la psyché ;
- expertise paramédicale au sein d'un groupe pluriprofessionnel ;
- rôle essentiel pour le suivi des patients en termes de relation d'aide, de soutien, d'information et d'aide à la surveillance des traitements ;
- pratiques cliniques spécifiques auprès des patients, incluant des activités de coordination et/ou des activités dérogatoires : neurostimulation transcutanée, digipuncture, approches psychocorporelles, pose et surveillance de dispositifs thérapeutiques topiques ou injectables, animation de groupe de patients, éducation thérapeutique (ETP); ...
- formation spécifique à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur auprès des professionnels paramédicaux des établissements ou des acteurs ambulatoires ;
- interface entre pratique clinique et recherche : conduite/contribution de travaux de recherche, éventuellement en tant qu'assistance à des protocoles de recherche (ARC).

Alors que la pratique de l'IRD est encadrée par la réglementation relative au métier socle d'IDE inscrit au code de la santé publique, la pratique réelle de l'IRD s'inscrit le plus souvent dans un contexte d'activités dérogatoires : l'IRD doit alors adhérer à un protocole de coopération validé. Par ailleurs, nombre d'activités dérogatoires réalisées ne sont pas inscrites dans la nomenclature des actes paramédicaux, et à ce titre ne sont pas identifiés ni valorisées en termes d'activité ou d'actes ouvrant droit à rémunération.

Propositions

- 1 La reconnaissance en termes de **pratique avancée** doit s'appliquer à l'exercice de l'IRD en SDC du fait des spécificités et compétences dédiées à la douleur chronique, situation pathologique portée dans la liste des maladies chroniques répertoriées dans le décret de juillet 2018.
- 2 Le métier d'IRD doit être valorisé en fonction des tâches spécifiques effectuées et des responsabilités assumées dans le cadre du parcours de santé du patient, en particulier avec la traçabilité **de l'activité dans la file active de la SDC et en fonction du type d'acte ou de mission réalisé.**
- 3 Une **cotation graduée des actes d'IRD** doit être appliquée :
 - **CI IRD** : Consultation Initiale (recueils d'informations pour l'élaboration d'un diagnostic infirmier, participation au diagnostic médical et aux propositions de prise en charge) ;
 - **CSA IRD** : Consultation de Suivi avec Actes infirmiers (réévaluation régulière, actes sur prescription ou mise en place de façon autonome : techniques psychocorporelles, ETP, ...)

- **CC IRD** : Consultation de Clôture (évaluation finale de la prise en charge) ;
- **GP** : prise en charge par groupe de patients pour une démarche éducative et/ou le développement d'un programme d'ETP ;
- **PAP** : « Activités en l'Absence du Patient » : réunion de synthèse clinique ou de concertation pluriprofessionnelle, liens et échanges d'informations avec les acteurs hors SDC, gestion des dossiers médicaux, participation au CLUD, à la recherche clinique, à l'enseignement...

2. 2. 3. Psychologues

Le psychologue, ayant légitimité à l'évaluation et au diagnostic psychologique et psychopathologique, réalise les évaluations psychologiques et établit un diagnostic psychologique et psychopathologique en vertu des articles du code de déontologie des psychologues, adopté en mars 1996 et réactualisé en février 2012. Le psychologue s'inscrit ainsi au sein d'une SDC dans le champ propre à la psychologie avec une grille de lecture spécifique des problématiques qui découlent de son domaine de pensées et de pratiques. Si les méthodes et outils diffèrent dans chaque référentiel de pensées, c'est le psychologue qui fait lui-même le choix de ceux-ci. Étant admis que l'évaluation psychique d'un patient est de la compétence du psychologue et du psychiatre, il peut en découler l'indication d'un suivi psychothérapeutique qui sera donc assuré par un professionnel de la psyché, psychologue ou psychiatre. Par ailleurs, leurs niveaux d'études (master 2 ou doctoral) donnent accès aux connaissances et au savoir pour construire le diagnostic et assurer le suivi psychologiques. La fiche métier du psychologue en clinique de la douleur, validée par la commission professionnelle des psychologues et le Conseil d'Administration de la SFETD, rend compte de cette activité clinique spécifique.

L'évaluation psychologique et psychopathologique permet d'éclairer ce que vit psychiquement le patient douloureux en lui-même, au sein de sa famille et de son environnement social. Elle permet de questionner, et dans certains cas d'enrayer l'escalade des examens cliniques et para-cliniques, la surconsommation de soins, ou le nomadisme médical. Elle donne accès au diagnostic psychologique et psychopathologique nécessaire pour sortir de la vision conventionnelle d'une causalité uniquement organique de la douleur dans lequel le patient s'est souvent installé. Ainsi, si idéalement l'ensemble des patients de la SDC devrait bénéficier de cette évaluation, compte tenu de la réalité en matière de moyens humains au sein des SDC, une évaluation systématique n'est pas possible, et il est préconisé que la consultation auprès du psychologue ait lieu dans les cas suivants :

- situations de traumatismes, troubles thymiques, antécédents psychopathologiques et/ou prise en charge psychologique ;
- mise en place des traitements médicaux spécifiques selon les recommandations de la HAS (par exemple, stimulation médullaire) ;
- situations d'échappement ou d'échec thérapeutique itératifs ;
- demande du patient ;
- décision du psychologue partagée avec l'équipe de la SDC lors des réunions de synthèse clinique.

Chez les enfants et les adolescents, le psychologue doit évaluer la situation le plus tôt possible, notamment le contexte d'apparition de la douleur, la dynamique familiale, et le contexte scolaire.

Dans une démarche éthique, la prise en charge psychologique est donc assurée par le psychologue de la SDC lorsque les problématiques des patients le nécessitent et/ou dans les cas où l'offre de soins en ville ne permet pas de répondre à cette nécessité. Le psychologue travaille par ailleurs en lien avec le psychologue ou le psychiatre hospitalier, de ville, ou de CMP dans les cas d'une orientation et lorsqu'un travail thérapeutique est déjà engagé.

Plusieurs consultations peuvent être nécessaires pour réaliser l'évaluation psychologique et le diagnostic psychopathologique. Dans le cas du bilan initial, le diagnostic clinique peut nécessiter de 1 à 3 consultations d'une durée de 30 mn à une heure chacune, à laquelle s'ajoute la passation d'échelles ou d'épreuves de types projectifs ou un bilan de personnalité qui nécessite un temps en présence du patient et un temps de cotation et de dépouillement allant de 1 heure 30 mn à 4 heures.

Enfin, statutairement, le psychologue participe aux missions institutionnelles, assure des missions d'enseignement, de formation, et de recherche (protocoles cliniques spécifiques ou non du champ psychologique) dans le cadre de son activité au sein de la SDC. Il est fortement souhaitable que le psychologue participe également aux RCP.

Propositions

- ❶ La reconnaissance d'une activité clinique spécialisée pleine et entière doit s'appliquer à l'exercice des psychologues au sein des SDC.
- ❷ Au regard de la prise en charge psychologique en SDC et dans le cadre d'un équivalent temps plein de psychologue, il peut être envisagé qu'environ 40 % des patients ayant rencontré le psychologue soient réorientés d'emblée par celui-ci vers un acteur hors SDC, qu'environ 30 % soient suivis à court/moyen terme en SDC pour permettre de soutenir une réorientation ultérieure vers la ville, et qu'environ 30 % des patients soient suivis au sein même de la SDC.
- ❸ Le métier de psychologue doit être valorisé du fait des responsabilités assumées dans le cadre du parcours de santé du patient, en particulier avec la traçabilité **de l'activité dans la file active de la SDC et en fonction du type d'acte réalisé.**
- ❹ Une **cotation graduée des actes de psychologue** doit être appliquée selon la grille suivante :
 - **CP = consultation du psychologue**
 - Évaluation clinique psychologique, dont bilan psychométrique, épreuves projectives, tests, etc.
 - Diagnostic psychopathologique
 - Orientation thérapeutique
 - **AP = activités psychothérapeutiques**
 - Prise en charge psychothérapeutique
 - Participation au projet thérapeutique pluriprofessionnel

➤ **GR = activités de groupe**

- Prise en charge/suivi
- Ateliers
- Réunion d'information
- Éducation thérapeutique

➤ **PAP = prestation en l'absence du patient**

- Activités de service : participation au diagnostic, réunions de synthèse clinique et de concertation pluriprofessionnelle ;
- Tenue de la partie spécifique du dossier du patient (rédaction des comptes rendus, notes et documents) ;
- Travail de liaison avec les autres acteurs hors SDC : relations professionnelles (équipes pluridisciplinaires et médicales pour les projets de soins en dehors des temps formalisés), services sociaux, éducatifs, judiciaires ou juridiques (MDPH : Maison départementale des personnes handicapées, CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, tribunal, ...), réseaux d'acteurs et associations (CMP : Centre médico-psychologique, CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique, médecins généralistes, médecins spécialistes, psychiatres, psychologues) ;
- Participation à la recherche clinique et à l'enseignement.



2. 3. Les compétences des équipes des SDC

2. 3. 1. Évaluation et prise en charge de la douleur chez les personnes vulnérables

Aujourd'hui

La notion de population vulnérable correspond à des situations diverses, en particulier dans le domaine de la douleur : nouveau-né, enfant, adolescent, personne âgée, personne atteinte de maladie neurodégénérative, personne en situation de handicap moteur (psychique ou sensoriel) personne présentant un polyhandicap, personne socialement précaire, personne transplantée (réfugié), personne incarcérée (11). Prendre en charge la douleur a alors comme dénominateur commun la complexité tant de la détection, de l'évaluation, que de la prise en charge. La douleur intervient en outre assez souvent dans un contexte de comorbidités, de polymédication, de troubles ou de difficultés de communication, de troubles comportementaux et/ou psychologiques, et de difficultés d'accès aux soins (12). Si l'évaluation de la douleur s'appuie en priorité sur l'autoévaluation, des échelles d'hétéro-évaluation validées et adaptées à chaque situation peuvent être employées, ce en équipe pluriprofessionnelle (13-15). Enfin, le principe de précaution s'applique toujours devant un patient non ou mal communicant, et tout changement comportemental doit être considéré comme potentiellement corollaire d'un ressenti douloureux.

Les connaissances scientifiques actuelles dans le domaine de la douleur dans les populations vulnérables sont insuffisantes. A titre d'exemple, bien que la littérature scientifique concernant la douleur soit riche (à titre d'exemple, environ 100 000 publications entre 2005 et 2009), pendant cette période la thématique « douleur en pédiatrie » représente moins de 4 % de ces publications, et celle concernant les enfants en situation de handicap environ 0,15 % (16-17).

L'équipe de la SDC a un rôle majeur quand elle est sollicitée pour l'évaluation de la douleur d'une personne vulnérable. Elle établit un lien étroit et de confiance avec l'équipe en charge de la personne au quotidien. La prescription des traitements antalgiques est alors réalisée en tenant compte des connaissances et expériences éprouvées avec la personne par l'équipe habituellement autour d'elle afin d'assurer l'adaptation des posologies et l'absence d'interactions médicamenteuses, tout autant que la prévention et la reconnaissance des effets indésirables (16). L'équipe de la SDC promeut par ailleurs un usage synergique des traitements médicamenteux et non médicamenteux, et elle organise la plupart du temps la mise en place en parallèle de ces deux approches. Nonobstant, l'organisation et les moyens des équipes des SDC ne sont pas adaptés au déploiement d'une mission dédiée aux populations vulnérables au même titre qu'auprès du public conventionnel, malgré les priorités de santé publique récemment énoncées.

Propositions

- 1 L'évaluation et la prise en charge pluriprofessionnelle de la douleur aux âges extrêmes de la vie et dans les situations de vulnérabilité, adaptée à chaque situation singulière et avec une approche globale et interinstitutionnelle renforcée, doit être permise avec un recours à la SDC au même titre que pour les populations non vulnérables.

- ② Le rôle transversal, de soins tout autant que médiateur, accompagnateur, et formateur des acteurs de l'équipe de la SDC auprès des acteurs institutionnels en charge des personnes vulnérables au quotidien (en EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, MAS : Maison d'accueil spécialisée, FAM : Foyer d'accueil médicalisé), prison, foyers sociaux et d'hébergement... doit être identifié et valorisé, en termes de moyens et de missions :
 - pérennisation et/ou développement des SDC ayant une activité spécifique établie : SDC pédiatriques, SDC recevant des migrants, SDC spécialisées en santé mentale, entre autres ;
 - identification et valorisation des équipes des SDC ayant une formation et une compétence spécifiques dans le domaine de la démence, du handicap, de la précarité, de populations migrantes ;
 - consultation d'évaluation sur site hors SDC, sur le lieu de vie de la personne vulnérable, en présence des professionnels du quotidien et des aidants dont la famille ;
 - formation à la détection et à la prévention de la douleur auprès des professionnels du quotidien des personnes vulnérables.
- ③ Favoriser le développement de téléconsultation (voir paragraphe E SANTE 2.3.4).
- ④ Des conventions doivent être établies entre les SDC et les institutions prenant en charge des personnes vulnérables et qui requièrent le concours de leurs équipes.
- ⑤ La collaboration entre SDC et équipes de psychiatrie de liaison et thématiques (addictologie, en particulier) doit être renforcée.
- ⑥ Favoriser la création de CLUD au sein des établissements de santé mentale, l'information et la formation concernant la douleur auprès des professionnels en santé mentale, doivent être promues.

2. 3. 2. Éducation et accompagnement thérapeutiques du patient douloureux chronique

Aujourd'hui

Selon l'OMS, l'ETP « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Les patients pris en charge au sein d'une SDC présentent les caractéristiques nécessaires à la mise en place de programmes d'ETP, qui ne se substituent pas aux soins, mais en sont complémentaires. Les situations principalement concernées sont la lombalgie, la fibromyalgie, l'arthrose, les céphalées primaires dont la migraine, les douleurs neuropathiques, les douleurs liées au cancer, les rhumatismes inflammatoires chroniques. L'ETP vise à permettre l'apprentissage et le renforcement des connaissances concernant la douleur et les symptômes associés, et ses traitements (médicamenteux ou non), pour favoriser une participation active du patient. La mise en place d'un programme d'ETP est réalisée au sein d'une SDC en deux grandes étapes : 1) élaboration du programme, menée de façon pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, en intégrant une ou des associations de patients et des *patient(s) expert(s)* ; 2) déploiement du programme, en plusieurs temps, de façon personnalisée (ateliers individuels) et/ou en groupes. Si le choix des divers ateliers proposés dépend des besoins individuels évalués lors de la réalisation du bilan

éducatif initial, certaines thématiques sont souvent retenues du fait de leur importance pour l'autonomisation du patient et la restauration d'une qualité de vie acceptable et d'un nouveau projet de vie (ateliers « compréhension des mécanismes de la douleur », « médications », « approches non médicamenteuses », « gestion du stress et des émotions », « douleur et activité physique », « douleur et activité professionnelle », « développement des compétences psychosociales », entre autres).

Propositions

- 1 L'ETP est un des éléments fondamentaux de la prise en charge d'un patient en situation douloureuse chronique, et doit à ce titre faire partie intégrante de son parcours de santé : elle constitue l'une des missions à déployer par l'équipe d'une SDC.
- 2 La structuration (moyens humains) et l'organisation des missions des équipes des SDC doivent permettre la mise en œuvre de programmes d'ETP au sein de la SDC tout autant qu'en ambulatoire, en lien étroit avec les équipes de soins primaires en exercice coordonné.

2. 3. 3. Pratiques innovantes, hospitalisation de jour, et pratiques ambulatoires

Aujourd'hui

Dès lors qu'un patient est considéré comme hospitalisé, avec ou sans nuitée, le système d'information d'un établissement oblige à coder un résumé PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information. Ce codage des diagnostics en CIM 10 (classification internationale des maladies) et des activités médico-techniques en classification commune des actes médicaux (CCAM) va permettre de décrire et de valoriser chaque séjour ou venue via son classement en GHM (Groupe homogène de malades), et son pendant tarifaire que sont les groupes homogènes de séjours (GHS). Si les GHS sont des forfaits tout compris, il existe cependant une dérogation légale qui permet de valoriser les médicaments innovants et particulièrement coûteux en sus du GHS, leurs surcoûts n'étant pas supportés dans les GHM-GHS classiques (Groupes homogènes de séjour). Le caractère innovant d'un médicament est évalué par l'amélioration du service médical rendu (ASMR) permettant d'évaluer l'apport du médicament par rapport aux autres thérapeutiques existantes. La Haute Autorité de Santé (HAS) évalue l'ASMR d'un médicament en le qualifiant de « majeur » (1), « important » (2), « modéré (3), « mineur » (4) ou « inexistant » (5). Si l'ASMR est jugée « majeure », « importante » ou « modérée », le médicament est remboursé à l'hôpital à 100 % par l'assurance-maladie, en plus du forfait d'hospitalisation. Si l'ASMR est qualifiée de « mineure » (4), mais que la HAS reconnaît au médicament un intérêt de santé publique et que le médicament traite une maladie pour laquelle on ne dispose d'aucune autre alternative (médicamenteuse ou chirurgicale), alors ce médicament pourra être inscrit dans la *liste en sus*. La liste en sus de la T2A (tarification à l'activité) est ainsi la liste des médicaments bénéficiant d'un financement dérogatoire par l'Assurance Maladie, ces médicaments étant remboursés en sus des tarifs des séjours hospitaliers en raison des surcoûts qu'ils engendrent par rapport au coût moyen du GHM-GHS. Un médicament qui est radié de la liste en sus reste inscrit aux collectivités et peut donc toujours être prescrit aux patients.

Pour les venues ambulatoires hors GHM-GHS, le système d'information va générer un dossier de type externe, avec obligation de décrire et facturer l'activité via la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et la CCAM. Trois mécanismes particuliers (certains créés en 2017) permettent de mieux valoriser certaines activités frontières entre l'externe et le GHM-GHS. D'abord, certains codes CCAM, appartenant à une liste prédéfinie, permettent de valoriser en sus l'environnement technique nécessaire à la réalisation de l'activité, via des forfaits SE (sécurité / environnement) (par exemple, le forfait SE5 valorise l'environnement technique nécessaire aux injections de toxine botulique, et à partir de 2018, un forfait SE6 a été créé de façon à couvrir le coût moyen des injections de toxine botulinique (plusieurs flacons) dans les muscles striés). Ensuite, le forfait de prestation intermédiaire (FPI) permet de mieux valoriser certaines prises en charges médicales ambulatoires de « lourdeur » intermédiaire, mais pour 4 groupes de pathologies seulement aujourd'hui (diabète, insuffisance cardiaque, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante). Enfin, il existe la possibilité de valoriser les médicaments administrés en externe via les forfaits APE et AP2, qui sont fixes et non proportionnels aux quantités administrées.

Ces diverses cotations externes et intermédiaires se combinent selon des règles strictes et complexes, sans atteindre les niveaux de valorisation des GHM-GHS. Dans tous les cas, et parallèlement aux données décrivant l'activité, des informations de facturation à l'Assurance Maladie sont renseignées par les personnels chargés de l'accueil des patients. Ainsi, les venues motivées par un acte se situant en dehors des indications de l'AMM (autorisation de mise sur le Marché) ne sont pas facturables à l'Assurance Maladie et la cause de non facturation (« hors AMM ») devrait être indiquée dans le dossier.

La SFETD travaille sur un répertoire des actes liés à la prise en charge de la douleur avec la création d'un nouveau thésaurus, extrait de la CCAM et des données de l'enquête de la SFETD (2013-2016). Ce travail, en cours de finalisation, doit permettre une utilisation multidimensionnelle par les cliniciens, les codeurs, les statisticiens, et les tutelles.

Enfin, en matière de protocoles de recherche clinique, l'Assurance Maladie ne prend pas en charge les essais cliniques (essais institutionnels ou de l'industrie pharmaceutique). En règle générale, les patients inclus sont vus en consultations externes, mais ils peuvent éventuellement bénéficier d'une place ou d'un lit en unité ambulatoire si l'essai clinique l'exige, ou quand l'établissement est doté d'une unité de recherche clinique, ou encore si le patient présente un terrain à risque. Quelle que soit la situation, la prise en charge de la douleur reste gratuite pour le patient, le financement du protocole de recherche étant assuré par le budget alloué par le promoteur pour tous les actes liés à l'étude.

Propositions

Il s'agit d'aller au-delà des textes en vigueur pour parvenir à définir les activités d'analgésie qui seraient éligibles à l'hospitalisation de jour (HDJ) et celles qui relèveraient de facturation en externe, en gardant à l'esprit que certaines activités ne peuvent se faire qu'en hôpital de jour pour des raisons médicales de sécurité. Il est important de prendre également en compte que dans chaque mode de facturation, en HDJ ou en externe, il existe plusieurs solutions de codage qui relèvent de la compétence du PMSI et des services financiers, mais qui doivent être connues des cliniciens. Il est ainsi nécessaire de :

- recenser les activités d'analgésie ambulatoires ;
 - décrire ces activités de manière détaillée ;
 - évaluer à minima le coût de ces activités ;
 - décrire les méthodes actuelles de codification en GHM-GHS ou en externe, et les recettes afférentes ;
 - comparer les coûts et les recettes avec les 2 méthodes de codification (exercice de simulation) ;
 - analyser les solutions préconisées par l'Assurance Maladie lors des contrôles récurrents.
- 1 Des textes réglementaires, portant sur la tarification des venues ambulatoires, sont en attente de publication : nouvelle instruction frontière de la DGOS, puis nouvel arrêté « forfaits », qui fixeront à nouveau un cadre juridique.
 - 2 Des pistes d'amélioration doivent être réfléchies de façon globale et en tenant compte du fait que les textes de loi sont évolutifs :
 - une réflexion concernant les activités d'analgésie qui n'ont pas d'actes CCAM (comme la rTMS, l'injection sous-cutanée de toxine botulinique A, l'application de capsaïcine à forte concentration, ...) posant la question de la procédure à engager pour améliorer leur description et leur juste valorisation ;
 - une réflexion pour les activités d'analgésie pour lesquelles des surcoûts d'utilisation de molécule sont manifestes (cas de la toxine botulinique, de la capsaïcine, du ziconotide). Les applications de capsaïcine se font actuellement en hospitalisation de jour. Dans l'hypothèse d'une venue du patient en externe pour application de capsaïcine, le remboursement du médicament poserait problème, les divers mécanismes de valorisation des prestations externes, y compris des prestations frontières telles qu'elles existaient en 2017, ne suffisant pas à couvrir son coût. Le risque est un arrêt d'utilisation de la capsaïcine par les établissements de santé et une rupture d'accès à la capsaïcine pour les patients douloureux chroniques qui relèvent de ce traitement. Pour les venues en hospitalisation avec GHM-GHS, le problème pourrait se poser éventuellement pour le ziconotide, en particulier si le tarif du GHM-GHS venait à baisser, ne permettant plus de couvrir le coût du produit. En effet, une venue en hospitalisation sans nuitée (HDJ), avec diagnostic principal « douleur chronique irréductible » permet tout juste aujourd'hui de couvrir le coût du médicament.

Ainsi, des pistes de changement argumentées seront proposées en cas d'inadéquation entre recettes et coûts, risquant de faire disparaître des thérapeutiques antalgiques utiles et/ou innovantes et mettant les SDC en grande difficulté financière.

 - En cas de rejet de facturation d'un GHM-GHS, les mécanismes compensatoires peuvent prendre la forme de forfaits SE existants ou à créer assortis d'un tarif adapté, ou de remboursement des molécules à l'euro prêt (les forfaits actuels APE et AP2 étant inadaptés).
 - 3 La rétrocession des médicaments de la douleur et leur prise en charge complète par l'Assurance Maladie est nécessaire, y compris dans les indications hors AMM, dès lors que ces traitements s'inscrivent dans des protocoles validés par les sociétés savantes, en particulier la SFETD.

- 4 Un travail complémentaire doit être poursuivi avec les services compétents sur la juste valorisation des venues qui relèveront de l'externe et des prestations frontières (NGAP, CCAM et divers forfaits). Des concertations régulières sont nécessaires entre les médecins DIM, les responsables de SDC, et les directeurs financiers, ainsi qu'entre les sociétés savantes (SFETD, SFAR, SOFIME), la Conférence des Présidents de CME, l'ATIH, la DGOS et l'Assurance Maladie.
- 5 Pour certaines situations particulières, comme la prescription de produits hors AMM en HDJ, la proposition de « rescrit tarifaire » par la SFETD est une procédure qui permet à tout établissement de santé d'obtenir une prise de position formelle de l'Etat et de l'Assurance Maladie, et opposable à ces derniers, sur l'éligibilité d'un type précis de prise en charge à l'hospitalisation de jour. Ces propositions de rescrits tarifaires sont une solution intermédiaire, en attendant les résultats des essais cliniques multicentriques en cours, mais il est nécessaire d'attendre la parution de la nouvelle instruction frontière par la DGOS pour se prononcer sur le rescrit tarifaire.
- 6 Autre solution envisageable, pour les médicaments prescrits hors AMM : la demande de recommandation temporaire d'utilisation (RTU) auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) :

Dans la mesure où il existe un besoin thérapeutique (douleurs chroniques « rebelles ») et un rapport bénéfice/risque présumé favorable, une demande de RTU pourrait être déposée auprès de l'ANSM, pour certains produits « hors AMM » (comme la kétamine et la bupivacaïne concentrée à 40 mg/ml), en s'appuyant sur les résultats des essais thérapeutiques déjà publiés, les données ou travaux des experts algologues et les protocoles en cours. Les RTU sont établies par l'ANSM après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Les RTU sont assorties d'un protocole de suivi des patients, qui précise les conditions de recueil des informations concernant les modalités d'utilisation, l'efficacité, les effets indésirables. Les RTU sont établies pour une durée maximale de 3 ans, renouvelable (article L5121-12-1 du Code de santé Publique). Une évolution est possible vers une AMM (en fonction des résultats des essais cliniques), ou vers une extension d'AMM, pour les produits qui ont déjà une AMM.

Exemple de la bupivacaïne intrathécale :

La bupivacaïne est l'anesthésique local de référence pour l'analgésie intrathécale. Les pays qui disposent du produit (*Bupivacain Sintetica 4 %*) ont une expérience clinique de longue date. Malgré de nombreuses demandes d'ATU à l'AFSSAPS, cette forme concentrée n'est toujours pas disponible en France. Cette situation, unique en Europe et dans la plupart des pays développés, est un frein au développement de la technique en France et une contrainte majeure pour la gestion des patients traités par antalgie intrathécale (remplissages de pompe plus fréquents avec des anesthésiques locaux moins concentrés, donc perte d'autonomie).

- 7 Toute inclusion d'un patient dans un protocole de recherche clinique doit être notifiée dans son dossier médical, avec transmission de cette information à l'accueil du patient et au moment du codage PMSI.

2. 3. 4. La e-santé au service des patients et des professionnels

Aujourd'hui

Les SDC ont déployé au cours des quinze dernières années divers dispositifs facilitant leur fonctionnement quotidien et enrichissant leurs capacités de prise en charge des patients.

Certaines SDC utilisent un *site Internet* ou des *liens hypertexte* fournissant des informations aux patients à propos de la douleur chronique, quant aux modalités de déroulement de leur prise en charge, ou encore permettant de télécharger les questionnaires d'évaluation multidimensionnelle utilisés lors des consultations initiales.

Des équipes de SDC se sont regroupées et ont développé des espaces de *visioconférences*, afin de réaliser des réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) régulières, ou d'échanger selon le besoin à propos de situations difficiles, ou encore d'assurer une formation à distance auprès d'acteurs participant à la prise en charge de leurs patients, dont des équipes de soins primaires. Les RCP ainsi organisées permettent de mettre en lien : 1) des SDC ayant des expertises particulières, en particulier en CHU, avec des SDC au sein d'établissements de soins de petite taille et à distance des CHU ; 2) une équipe de SDC avec une équipe de soins primaires située à distance de l'établissement.

Quelques équipes de SDC ont mis en place des *téléconsultations*, notamment pour des résidents en EHPAD ou des patients domiciliés en territoires d'accès parfois difficile (montagne), ce en lien avec l'équipe de soins primaires.

Enfin, des formations par *Webinar* (séminaires en ligne) ont été organisées par des professionnels de la prise en charge de la douleur chronique

Une expérience pilote appelée *coupe-file* a été mise en place sous l'égide de la SFETD et avec le financement de la DGS dans une dizaine de SDC en région parisienne puis dans quelques autres régions. Elle évolue avec l'intégration dans une plateforme numérique permettant au médecin traitant d'adresser un patient dans une SDC en renseignant plusieurs éléments (10 items) afin d'obtenir un rendez-vous dans un délai adapté à l'urgence estimée de la situation.

Enfin, des cohortes en gestion dématérialisée de patients présentant une douleur chronique sont réalisées aujourd'hui dans le cadre d'observatoires nationaux (par exemple, e-Dol, avec l'Université de Clermont-Ferrand) afin d'améliorer la recherche épidémiologique et pharmacologique (par exemple, profils cliniques de réponders aux traitements), et faciliter le suivi de la douleur pour les professionnels et les patients.

Propositions

- 1 Les nouvelles technologies de l'information au service de la santé (e-santé au sens large) font partie intégrante des moyens à mettre en œuvre afin d'améliorer la prise en charge des patients en situation douloureuse chronique et de faciliter leur parcours de santé : elles doivent être développées au sein des SDC pour l'ensemble des professionnels.

- ② Les systèmes de visioconférences doivent être déployés dans les établissements de soins et mis à disposition des équipes des SDC afin de faciliter échanges, concertation, et formation entre équipes.
- ③ La télémédecine doit constituer un moyen essentiel permettant aux équipes des SDC la prise en charge de patients en situation d'impossibilité de déplacement, en lien étroit avec les équipes de soins primaires en proximité.

2. 4. La SDC en tant que structure transversale hospitalière

2. 4. 1. Valorisation des activités internes au sein de l'établissement

Aujourd'hui

Le Plan National Douleur 2010-2014 (qui n'a jamais vu le jour) préconisait de renforcer la culture de la prise en charge de la douleur dans tous les services hospitaliers, et de reconnaître dans chaque site une fonction d'IDE ressource ciblant l'amélioration de la prise en charge de la douleur jusqu'à la sortie du patient, dans les services de chirurgie, dans les services d'urgence, dans les services de longue durée, et chez les personnes hospitalisées les plus vulnérables (personnes âgées, handicapées, et non communicantes). Ces missions ont été essentiellement couvertes par un engagement des équipes des SDC, et lien étroit avec les CLUD, tant en matière de formation des IDE ressource que de compagnonnage, ce dans une fonction d'équipe mobile douleur intra-hospitalière (EMD) pourtant non incluse dans le référentiel des missions des SDC de la DGOS. En outre, les équipes des SDC ont été sollicitées pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et les Comités de Retour d'Expérience (CREX). La valorisation de ces activités internes (AI) des équipes de SDC, en particulier concernant la mission d'EMD, a été présentée dans le livre blanc de la SFETD en 2017, et repose sur 2 enquêtes : une adressée par messagerie électronique à l'ensemble des SDC et une concernant les SDC de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) (activité 2015) dont les principaux résultats sont :

- plus de 90 % des SDC ont une AI ;
- environ 30 % des SDC assurent plus de 500 consultations (CS) médicales chaque année ;
- les consultations (CS) médicales représentent plus de 20 % de l'activité médicale dans 40 % des SDC ;
- l'AI des IRD est significative dans plus de 80 % des SDC ;
- l'AI médicale et paramédicale est non codée ou très peu souvent et de façon hétérogène via le PMSI (voir annexe *Codage*).

Propositions

- ① L'activité interne des SDC doit être incluse dans le rapport d'activité annuelle et prise en compte dans le référentiel de la DGOS et pour le financement des SDC par les ARS via la MIG.
- ② La formation et l'accompagnement des professionnels des SDC sont indispensables pour un bon usage et une meilleure compréhension du système de codage PMSI. La mise à disposition

(en ligne) d'un support simple et compréhensible est un moyen simple et efficace. La mise à disposition de documents type pour le codage des actes permet un gain de temps et améliore la traçabilité afin de faciliter les contrôles internes et ceux de l'assurance maladie.

- 3 La mise en commun des thésaurus de SDC ayant une activité connexe (MCO, SSR, ...) est recommandée, car elle permet une homogénéité des codages PMSI.

2. 4. 2. Labellisation et reconnaissance des équipes des SDC

Aujourd'hui

La labellisation des SDC par l'ARS doit être renouvelée tous les 5 ans. Aujourd'hui, cette labellisation engage les SDC à respecter un cahier des charges, dont le non-respect d'un certain nombre d'éléments est opposable et conditionne son financement et donc sa pérennité (instruction DGOS/PF 2/2016/160 du 23 mai 2016, annexe 3, page 12). Outre les actes fondamentaux décrits précédemment, il s'agit principalement au niveau des patients de la disponibilité d'un accueil téléphonique dédié, de la réalisation de synthèses cliniques, de la polyvalence de la prise en charge, de l'accès à une assistante sociale, et de la traçabilité de l'activité de consultation, mais aussi au niveau de l'établissement de la participation à la formation des soignants de l'établissement, avant tout.

La validation de la labellisation nécessite 3 signatures. Il s'agit d'abord de celle du médecin responsable de la SDC, qui s'engage à l'animer et à la faire fonctionner selon les règles auxquelles cette labellisation contraint, mais également selon une organisation et des modalités que le directeur d'établissement et le chef de pôle imposent (alors même qu'elles peuvent être en contradiction avec les règles de labellisation) ce avec un rendement suffisant à couvrir les besoins de l'équipe sur un plan financier. Les deux autres signataires sont le directeur de l'établissement et le responsable desdits services au sein de l'ARS. Cependant, ni le directeur ni l'ARS ne sont engagés par cette signature : ils doivent avant tout veiller à ce que la SDC soit identifiée pendant 5 ans.

Propositions

- 1 Par sa signature (exigée pour la validation de la labellisation), le responsable médical de la SDC s'engage, pour toute la durée de la labellisation, à faire fonctionner la structure conformément au cahier des charges imposé.
- 2 Par sa signature (exigée pour la validation de la labellisation), le directeur de l'établissement s'engage, pour toute la durée de la labellisation, à maintenir les effectifs de la SDC, même si les financements MIG annuels devaient varier, et à dédier entièrement ce financement à la mise en œuvre des missions de la SDC.
- 3 La signature de l'ARS reflète la signature de la DGOS et doit garantir chaque année, pendant les 5 années de labellisation, un financement lisible et identique pour une activité identique, constant, et sans variation des règles de financement pendant cette période.

2. 4. 3. Formation des équipes des SDC

Aujourd'hui

Il n'existe pas de recommandations ni de formations officielles et obligatoires pour les psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, agents d'accueil, et autres professionnels intervenant dans les SDC, alors que la labellisation des SDC par l'ARS en deux niveaux d'organisation impose certaines formations obligatoires pour les médecins (annexe *Formation*) et les IRD.

La **formation des médecins** concernant la douleur lors des études est très récente (depuis 2002 en 2^e cycle, 2007 en 3^e cycle). Depuis 2002, un module intitulé « Douleur, accompagnement, soins palliatifs » ou *module 6* a été introduit, rendu obligatoire d'emblée pour le programme de l'Examen Classant National. Il représente officiellement 20 heures de cours, soit 12 heures d'enseignement sur la douleur et 8 heures en soins palliatifs, en privilégiant l'étude de cas cliniques. En 2015, avec la réforme de l'Examen Classant National, ce module 6 est devenu 5.1 avec l'introduction de nouveaux chapitres concernant la douleur des patients atteints de pathologies mentales.

Le *DESC douleur et soins palliatifs* a été créé en 2007, avec un tronc commun pour les soins palliatifs et la douleur lors de la première année, puis une spécialisation dans l'un des deux domaines l'année suivante. A partir de 2020, la FST « douleur », formation spécialisée transversale en 1 an, permettra de former des médecins de la douleur, issus de tous les DES, sur recommandation de coordonnateurs régionaux. Il s'agit de formations validantes, pour une sur-spécialisation mais pas pour une spécialité.

Les *capacités d'évaluation et de traitement de la douleur* forment des médecins de toutes spécialités, ayant entre 10 et 20 ans d'expérience, en deux ans. Il existe 7 enseignements de ce type en France organisés dans de grandes régions, qui comportent un enseignement théorique et pratique de 180 heures, avec un enseignement pratique de terrain de 30 jours. Ce sont des diplômes universitaires ayant une valeur de compétence avec reconnaissance ordinale, mais qui n'ouvre pas à une spécialité.

La réforme du 3^e cycle des études médicales de 2017 comporte une approche transversale marquée par l'introduction d'enseignements transversaux obligatoires pour tous les DES. Dans ce contexte, un enseignement obligatoire transversal de 4 heures concernant la douleur est dispensé à tous les DES. Cet enseignement est proposé sous forme d'une plateforme numérique avec des modules au choix dans chaque université, validé de façon nationale par un Comité Pédagogique National.

Il existe enfin un grand nombre de *diplômes universitaires et interuniversitaires* (DU et DIU) concernant la douleur aiguë, la douleur chronique, la douleur du cancer, les soins de support, les douleurs des enfants et des personnes âgées. Ces diplômes s'adressent soit spécifiquement aux médecins, soit de façon plus large à tous les professionnels de santé sans distinction. Ils rassemblent un grand nombre de professionnels, ont un succès jamais démenti, et permettent d'améliorer la diffusion de la culture douleur, même s'ils n'ont aucune valeur diplômante proprement dite, seulement en termes de complément métier.

Concernant la **formation en douleur des infirmier(e)s**, la dernière évolution du Diplôme d'Etat d'infirmier, datant de 2009, a introduit « l'universitarisation » partielle des études, sans mention spécifique de la douleur comme notion obligatoire. Il demeure à l'initiative de chaque institut de formation d'élaborer le projet pédagogique pour la formation théorique en douleur, avec une hétérogénéité de formation selon les IFSI. Un certain nombre de DU et DIU sont proposés aux infirmier(e)s. Ils permettent ainsi la formation des IRD.

Concernant la **formation en douleur des psychologues**, une quarantaine d'universités françaises ainsi que l'Ecole des Psychologues Praticiens (Lyon et Paris) assurent des enseignements en psychologie et délivrent le titre de psychologue (niveau Master 2). Les enseignements sur la clinique et psychopathologie de la douleur chronique sont dispensés dès la licence, puis en Master 1 et 2 et en doctorat. Ils portent sur les théories et concepts concernant les processus psychologiques et psychopathologiques des patients douloureux chroniques dans les cours fondamentaux de psychologie en licence et master 1, en cours magistraux et travaux dirigés des niveaux licence 2, licence 3, Master 1, Master 2.

Les étudiants ou les professionnels ont la possibilité de participer à des séminaires complémentaires spécifiques en clinique de la douleur chronique ou en formation continue. Le DIU spécifique « clinique et psychopathologie de la douleur » propose un programme entièrement revu par la commission des psychologues de la SFETD. Les partenaires universitaires sont l'Université de Bourgogne (pilote), l'Université de Lille 3, et l'Université de Bretagne.

Propositions

- 1 Une formation spécifique en douleur (au minimum DU ou DIU) doit être un prérequis indispensable pour tous les professionnels de soins travaillant en SDC.
- 2 Le responsable de la SDC doit être titulaire d'une capacité, du DESC ou de la FST douleur. Les autres médecins, non responsables, doivent être titulaire au minimum d'un DU ou d'un DIU douleur.
- 3 La secrétaire devrait disposer des compétences d'organisation et des compétences relationnelles, développées pour gérer les sollicitations insistantes et les spécificités de la plainte douloureuse.

2. 5. La SDC au cœur du maillage et de la coordination entre acteurs en santé

2. 5. 1. Décloisonnement entre services au sein des établissements

Aujourd'hui

Pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité sont des fondamentaux de l'organisation des SDC. On retrouve ces valeurs aussi en équipes dédiées aux soins palliatifs ou soins de support (équipe mobile : EMASP, unité d'hospitalisation : USP), ce qui explique que dans certains établissements SDC et EMASP sont réunies en une seule équipe ou partagent des moyens humains, et que dans d'autres, la complémentarité soit efficiente. En outre, si quelques SDC disposent de lits dédiés, la majorité disposent de lits d'HDJ ou d'hospitalisation de semaine partagés (MCO ou MPR avant tout) ou mis à disposition.

Les SDC ont pour la plupart une mission d'EMD (équipe mobile douleur) pour des avis diagnostiques ou thérapeutiques, lors des difficultés d'évaluation pour des patients hospitalisés en cas de douleur aiguë ou chronique. L'expertise des membres de l'équipe d'une SDC dans le domaine de la douleur est par ailleurs nécessaire lors de RCP ou réunions de synthèse (RSP) au sein de différents services de spécialités de l'établissement, de façon variable selon la taille de l'établissement, ses spécificités, et les pathologies prises en charge. Enfin, de par leurs missions, les membres des SDC participent à la formation continue, à la démarche qualité (élaboration de protocoles, indicateurs qualité, EPP), avec une implication au sein des CLUD qui est essentielle.

Ces missions d'EMD, au sein des CLUD, et de formation des professionnels ont naturellement placé les SDC comme des vecteurs de la culture partagée concernant la douleur dans les établissements et des promoteurs du compagnonnage tant entre les divers métiers au sein des équipes des services hospitaliers qu'entre les équipes des divers services.

Propositions

- 1 La formalisation de temps médicaux, paramédicaux et non médicaux dédiés aux partages d'expertise au sein des établissements est nécessaire au travers de conventions entre pôles.
- 2 La SDC et les services dédiés aux soins palliatifs ou aux soins de support doivent être des entités d'un même pôle.
- 3 Des conventions de mise à disposition des places d'HDJ ou d'hospitalisation de courte durée doivent être établies entre les SDC et les services responsables de ces places.
- 4 Les missions institutionnelles des équipes des SDC doivent être reconnues, et la participation à d'autres instances que le CLUD doit être favorisée au sein des établissements et des GHT : conseils de pôle, collègues, comité éthique, comité pour les plans de formation ou les projets relatifs à la qualité des soins.

2. 5. 2. Décloisonnement entre établissements

Aujourd'hui

Si chaque SDC doit être à même de prendre en charge de façon globale un patient douloureux chronique, certaines SDC sont identifiées et reconnues pour des expertises particulières (par exemple, douleurs périméales, douleurs neuropathiques, ou céphalées) et/ou la mise en place d'approches thérapeutiques spécifiques (par exemple, neuromodulation implantée ou neurochirurgie). L'objectif n'étant pas de développer toutes les compétences au sein d'une même SDC mais de donner accès à un recours spécialisé ou expert à tout patient qui le requiert. Dans certaines régions, les SDC ont formalisé des liens afin de recenser les offres spécifiques sous la forme d'un répertoire des ressources, de mutualisation des expertises, d'harmoniser des pratiques, dans un souci d'améliorer les parcours de soins et d'assurer une équité d'accès aux soins. Pour certaines situations difficiles ou expertises, des réunions entre SDC sont organisées, notamment en visioconférence. Dans certains territoires, la multiplicité des compétences mais leur répartition inégale entre les différents établissements, selon leur taille a fait privilégier une organisation en SDC inter-hospitalière, dans le cadre d'un GHT, sinon dans le cadre d'une convention de partenariat.

Propositions

- 1 Les SDC d'une région doivent, en collaboration avec l'ARS, organiser une offre de soins graduée en fonction des expertises requises, en formalisant leurs liens fonctionnels.
- 2 Les SDC d'un territoire doivent, dans le cadre du GHT le cas échéant, organiser une offre de soins regroupant les expertises, en formalisant leurs liens fonctionnels.

2. 5. 3. Décloisonnement entre mondes sanitaire, médico-social, et social

Aujourd'hui

Espaces de déploiement du parcours : mise en cohérence par la SDC

Approche, cohérence, et concertation pluriprofessionnelles autour du patient douloureux chronique imposent de prendre en compte divers espaces de déploiement d'une prise en charge.

1) Un premier espace est *ambulatoire*, centré autour de l'équipe de soins primaires, qui œuvre en première instance, au quotidien, au plus près du patient dans son parcours de vie.

2) Un second espace est celui de la SDC, qui œuvre en évaluateur des divers besoins et en organisateur des liens entre le premier espace et les deux autres, quand l'équipe de soins primaires ne le peut pas et/ou ne le réalise pas.

3) Un troisième espace est celui où intervient, pratiquement toujours en douleur chronique, en parallèle mais de façon disjointe des autres, celui du monde médico-social et professionnel, impliquant médecin du travail, médecin-conseil, et médecin de l'autonomie du territoire. En effet, dans le domaine des soins proprement dit, un médecin prescrit et propose, puis les intervenants médicaux et paramédicaux mettent en œuvre les soins. Dans le domaine médico-social et médico-professionnel (médecine du travail, CPAM, MDPH), le médecin statue et pose un cadre réglementé, qui classe le patient au regard de ses aptitudes et de ses droits. Cette dichotomie de posture et de contribution est à l'origine de nombreuses distorsions de parcours, ce qui impose de mettre en œuvre des modes de concertation systématique en amont et en aval des évaluations successives du patient au sein de la SDC ou par l'équipe de soins primaires. (7,10)

4) Un quatrième espace inclut les intervenants sociaux : Assistant social de la CPAM, Caisse d'allocations familiales (CAF), du Centre communal d'action sociale (CCAS) ou des Caisses de retraite dont la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT).

Cet espace est le plus souvent en total cloisonnement par rapport aux deux premiers, en termes de représentations et langages, missions et objectifs, tout autant qu'en termes de moyens et actions. C'est donc, d'une part la lecture globale et pluriprofessionnelle de la situation d'un patient par la SDC, d'autre part la feuille de route plurimodale qu'elle a élaborée en tenant compte des divers déterminants de cette situation, enfin les liens qu'elle produit entre les quatre espaces qui constituent une *interface signifiante* tant pour les acteurs que pour le patient, qui forgent la matière du parcours de santé et en assurent la cohésion (7).

Dans le domaine de la douleur chronique, caractérisé par la pluridimensionalité de ses déterminants, tout professionnel de santé possède un savoir et une expérience, et assure des missions dans un champ de compétences donné. Il est rare que ces différents acteurs suivent une même feuille de route au regard d'objectifs, de contraintes, et de prérogatives très différentes et cloisonnées, alors qu'ils sont pourtant au service d'un même individu. Ainsi, bien souvent, et bien qu'étant issus du même milieu médical, les uns œuvrent dans les soins et ne font que constater l'évolution de l'identité sociale du patient sans y contribuer, alors que les autres œuvrent et façonnent cette identité en constatant les soins sans y prendre part. Au sein des SDC, les intervenants médicaux, paramédicaux et non médicaux assortissent leur approche d'une écoute bienveillante et d'un accompagnement auprès du patient qui prend en compte les diverses dimensions de son individualité. Ils ont cependant à créer le lien et à prôner la cohérence et la subsidiarité avec les intervenants médico-sociaux et sociaux dans le cadre d'une feuille de route signifiante pour le patient, en termes d'autonomisation et de réappropriation d'un projet de vie incluant potentiellement un projet professionnel. Ce travail, fondamental, n'est malheureusement pas étayé par l'organisation cloisonnée des institutions et de leurs équipes.

Propositions

- 1 Les médecins du travail, les médecins conseil des CPAM, et les médecins de l'autonomie des MDPH doivent connaître les ressources déployées au sein des SDC, et collaborer étroitement avec leurs équipes notamment au travers de RCP, afin d'aboutir à un projet de prise en charge intégré et partagé.
- 2 Les médecins du travail, les médecins conseil des CPAM, et les médecins de l'autonomie des MDPH doivent suivre une formation concernant la douleur chronique, au mieux organisée avec les équipes des SDC de leurs territoires.
- 3 Les professionnels des SDC doivent accéder à l'information pour les différentes modalités de prise en charge (dépliant d'information, sensibilisation).

2. 5. 4. Liens Ville-Hôpital

Aujourd'hui

Références et outils de parcours au service des équipes de soins primaires

Après l'étape d'évaluation initiale en SDC et le lancement de la prise en charge coordonnée, celle-ci se déploie dans quatre espaces d'acteurs de façon parallèle. C'est de façon idéale au sein de la SDC tout autant que de l'équipe de soins primaires (ESP) que convergent les diverses informations caractérisant chaque épisode signifiant du parcours de santé, afin de permettre une coordination efficace des acteurs autour du patient. En pratique, la grande majorité des patients suivis en SDC le sont en délégation implicite ou explicite de la part du médecin traitant (MT), tant pour les propositions thérapeutiques que vis-à-vis de la coordination et du suivi de la mise en œuvre de la prise en charge. Cette situation devrait évoluer avec le développement des ESP, où l'un des intervenants peut être dédié à se porter en lien étroit et permanent avec

l'équipe de la SDC, comme c'est déjà le cas dans certains territoires, avec un(e) *IDE ressource douleur* formée, *IDE de coordination* ou du *dispositif ASALEE* (IRDES, 2018). Le *réfèrent du patient* – celui sur lequel le patient compte et qu'il sollicite le premier en cas de problème – est souvent l'acteur de la SDC qu'il rencontre le plus souvent (médecin, IDE, ou psychologue) et un professionnel de l'ESP, médecin traitant ou soignant le plus souvent rencontré (IDE, kinésithérapeute, psychologue).

Des expérimentations dans certains territoires organisent les échanges entre SDC et ESP en les formalisant au travers d'outils simples, dématérialisés ou non. 1) L'adressage d'un patient à la SDC s'appuie sur les données résumées à partir d'une grille d'entretien semi-structuré réalisé avec le patient par le MT (HAS, 2008), complétées et confortées par les contributions des autres intervenants de l'ESP le cas échéant, et également de la famille. 2) La grille de recueil destinée au MT à cette fin est adressée au patient avec le *questionnaire d'évaluation multidimensionnelle* qu'il doit remplir, que lui remet la SDC en préparation de la première consultation. 3) La SDC formalise un PPS qu'elle co-construit avec le patient et soumet au MT, ce dernier étant invité à donner un avis les jours suivants. 4) Le PPS est également adressé aux intervenants clés, avec l'accord du patient, qu'ils soient du monde sanitaire ou non. C'est au sein du PPS que sont identifiées les acteurs sollicités, les actions à mener, et leurs temporalités respectives.

Coopération entre SDC et libéraux/équipes de soins primaires

Les échanges entre SDC et ESP ont souvent lieu de façon conventionnelle par voie épistolaire ou téléphonique, mais les temps de concertation pluriprofessionnelle nécessitent la plupart du temps un espace et un temps dédiés, qui peuvent être organisés soit au sein de la SDC soit sur site avec l'ESP, en particulier en Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). De façon corollaire, le suivi intégré et régulier du patient peut être réalisé par une IDE ou psychologue de l'ESP, en délégation de la SDC ou du MT y compris pour certaines évaluations ou approches thérapeutiques et éventuellement selon des protocoles de coopération entre professionnels de santé (HAS, 2014), en lien avec l'IDE ou psychologue de la SDC. Le soignant référent de l'ESP pour le patient est au mieux celui qui peut réaliser des bilans d'étape, mettre en œuvre l'éducation thérapeutique, ou organiser et animer un groupe de parole. Il s'agit alors d'une véritable répartition des tâches entre membres de l'équipe de la SDC et de l'équipe de soins primaires. Ce travail collaboratif est d'autant plus facile à envisager quand les soignants de l'ESP ont suivi une formation délivrée en groupe par ou avec le concours de la SDC.

De façon structurelle, une SDC ne peut rassembler toutes les expertises et compétences requises pour les diverses évaluations et prises en charge multimodales (par exemple, la rééducation ou les approches physiques et manuelles), et de façon organique, elle ne peut systématiquement déployer simultanément l'ensemble de ses moyens pour tous les patients suivis (par exemple, les approches psychocorporelles ou psychothérapeutiques). Il est donc nécessaire d'envisager, pour un certain nombre de patients, une partie de leur prise en charge spécifique de soins en milieu ambulatoire, hors de la SDC. Outre la nécessité d'organiser des temps d'échanges avec la SDC et d'assurer une cohérence d'action, les intervenants hors SDC doivent alors partager une même posture, dans l'esprit de l'approche intégrative prônée et déployée par la SDC. Dans certains territoires, des SDC ont établi une charte d'engagement au travail collectif avec des intervenants libéraux identifiés au regard de leur compétence et leur posture collégiale, afin de créer un maillage Ville-Hôpital des compétences territoriales dans le domaine de la douleur.

En somme, dans le territoire d'intervention de la SDC, celle-ci peut identifier divers intervenants désireux de coopérer étroitement et régulièrement, notamment au travers d'échanges réciproques d'informations concernant les patients, la participation aux réunions de synthèse ou de concertation (RCP), aux consultations multidisciplinaires, et aux formations professionnelles. Un groupe d'intervenants libéraux de référence peut ainsi constituer la contrepartie et/ou le complément ambulatoire des compétences de la SDC, ses membres étant proposés au patient en premier lieu pour la réalisation des soins requis.

Propositions

- 1 Dans le dossier du patient, une synthèse concernant la douleur, ses diverses dimensions bio-psycho-sociales, et le parcours de soins choisi doit être proposée et partagée entre médecins et soignants de ville et équipes de SDC.
- 2 Les recommandations HAS de 2008 concernant les liens entre les médecins traitants et les SDC doivent être réactualisées, tant en ce qui concerne le détail de la demande que la synthèse réalisée par la SDC.
- 3 Les dispositifs *coupe-file* doivent être généralisés pour permettre au médecin traitant d'adresser un patient dans une SDC pour obtenir un rendez-vous dans un délai adapté à l'urgence estimée.
- 4 Une astreinte téléphonique doit être organisée, et un lien créé ou renforcé, entre les IDE libérales et des ESP, formées ou non à la douleur, et les IRD des SDC, afin d'optimiser l'organisation du suivi des patients en ambulatoire. Possibilité de mise en place de visioconférence.
- 5 Les RCP et réunions de synthèse clinique en SDC intégrant les professionnels libéraux doivent être promues, et une rémunération spécifique proposée aux libéraux.
- 6 Des consultations identifiées en douleur chronique en médecine de ville (généraliste ou spécialiste formé, ayant bénéficié d'une formation diplômante) doivent être développées, permettant de débiter une prise en charge précoce et adaptée. Ces acteurs de recours formés, permettraient déjà de gérer certains patients douloureux, réduisant de fait la file active des SDC et le délai d'accès aux consultations et centres.
- 7 La collaboration sur site des équipes de SDC avec les ESP doit permettre de graduer le recours dans la prise en charge de la douleur : 1) synthèse initiale et PPS par l'ESP ; 2) expertise et soutien sur site (RCP) par un membre de l'équipe de la SDC ; 3) recours à la prise en charge par la SDC.
- 8 Les ESP doivent bénéficier de formation pluriprofessionnelle à la prévention, la détection, l'évaluation (outils : questionnaires, synthèse, PPS) et la prise en charge de la douleur chronique, délivrée par l'équipe de la SDC de leur territoire.
- 9 La collaboration entre équipes de SDC et intervenants libéraux ayant des compétences complémentaires dans le domaine de la douleur en territoire doit être promue et si possible faire l'objet d'une charte.

► Références

1. Allaz AF, (2003) *Le messenger boiteux: approche pratique des douleurs chroniques* ; Editions Médecin et Hygiène, Genève.
2. Garcia-Larrea L, Peyron R. Pain matrices and neuropathic pain matrices: a review. *Pain*. 2013 Dec;154 Suppl 1:S29-43. doi: 10.1016/j.pain.2013.09.001. Epub 2013 Sep 8. Review.
3. Mick G, T. Gandon T et Poutout G. La douleur chronique, modèle de situation complexe. *Douleur analg*. (2018) 31:149-154
4. Bloch M-A et Henaut L (2014) *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Editions Dunod, Paris.
5. Haute Autorité de Santé (2014) *Protocole de coopération entre professionnels de santé*. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante.
6. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2016. *Parcours de santé, de soins, et de vie*. <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>.
7. Mick G, Weissmann M, Genthon A, Saby M, et Debellis M (2018) *La coordination entre acteurs, enjeu de santé publique*. Editions Numériques, Paris.
8. Mick G et Moyenin C. L'évaluation initiale d'une plainte douloureuse chronique : réflexions et propositions pour un guide pratique. *Douleur analg*. (2016) 29:130–140
9. Minjard R, Castagnet C, Heritier S et Moyenin C (2016) *Evaluation psychologique d'un patient douloureux chronique*. *DOULEUR et ANALGESIE*, 29:152-157
10. Gillet D, Heritier S, Garcia-Porra C, Varigas M, Bochet E, Ramponneau JP et Mick G. La concertation pluriprofessionnelle au service du parcours de santé du patient douloureux chronique. *Douleur analg*. (2016) 29:158–162.
11. Santé publique France - Le programme santé des populations vulnérables [Internet]. [cited 2018 Mar 30]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Thematiques-de-travail/Populations/Le-programme-sante-des-populations-vulnerables>
12. SFETD. Le Livre Blanc de la Douleur SFETD 2017 [Internet]. Paris: SFETD; 2017 [cited 2018 Mar 30]. 280 p. Available from: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Livres/livre_blanc-2017-10-24.pdf
13. ANAES. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans [Internet]. 2000 [cited 2018 Mar 30]. Available from: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenf4.pdf>
14. While C, Jocelyn A. Observational pain assessment scales for people with dementia: a review. *Br J Community Nurs*. 2009 Oct 1;14(10):438–42.
15. ANAES. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale [Internet]. 2000 [cited 2018 Mar 30]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Douleur_sujet_age_Recos.pdf
16. Pickering G. Analgesic use in the older person. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012 Jun;6(2):207–12.
17. McGrath PJ, Stevens BJ, Walker SM, Zempsky WT, editors. *Oxford Textbook of Paediatric Pain*. Also available as: eBook | Online; 2013. 704 p.

► Annexe 1

Annexe CODAGE

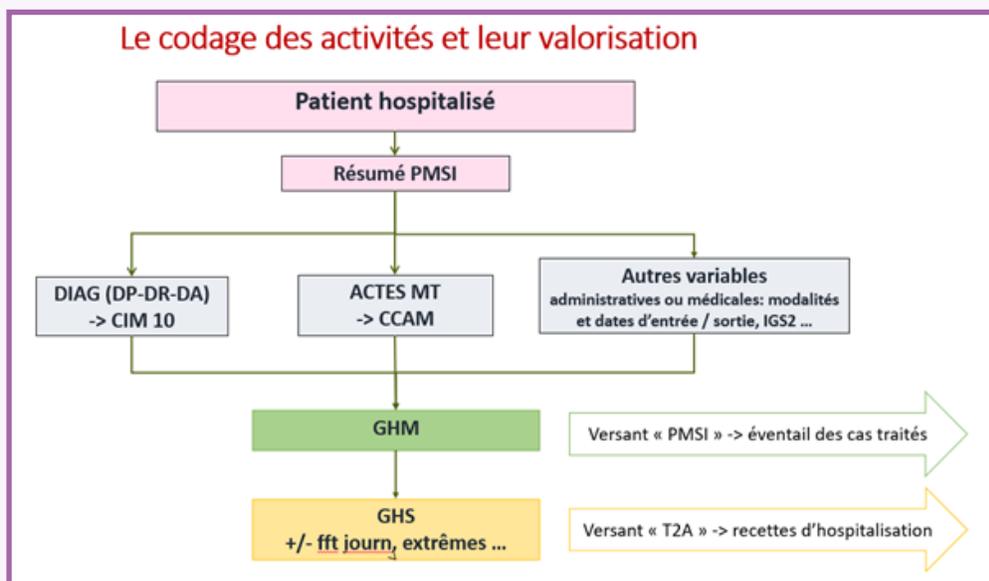
► Le codage de l'activité d'hospitalisation en MCO

Le codage de l'activité d'hospitalisation permet de la décrire et de la valoriser financièrement¹.

Les principales informations qui seront décrites, donc codées, dans les résumés PMSI sont : les diagnostics, avec la CIM10² (classification internationale des maladies, 10^e révision), et les actes médico-techniques, avec la CCAM^{3,4} (classification commune de actes médico-techniques).

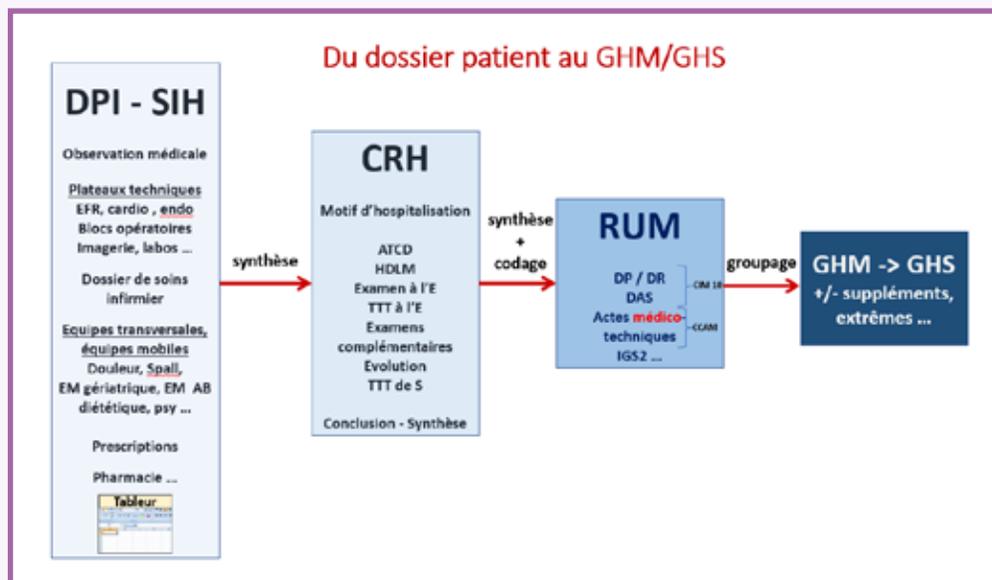
Une fois codé, un algorithme national va classer chaque séjour dans un GHM (groupe homogène de malades) et lui affecter un tarif via son étiquette de prix qu'est le GHS (groupe homogène de séjours). Ce tarif est modulé et adapté à diverses situations comme les durées de séjour atypiques et les passages dans des unités de soins critiques (figure 1).

Figure 1: Le codage des activités et leur valorisation



Le bon codage de l'activité passe d'abord par sa description et sa documentation exhaustives dans le dossier patient (qu'il soit informatisé ou non) et par sa transposition dans ce qui fait office de lettre de liaison⁵, qu'il s'agisse d'un « CRH » (compte-rendu d'hospitalisation) ou d'un « document de sortie à J0 ». Cette lettre de liaison doit être le reflet à la fois synthétique et fidèle du séjour mais doit aussi permettre la continuité des soins. Elle sert de base au codage mais aussi aux contrôles de facturation de l'assurance maladie (figure 2).

Figure 2 : Du dossier patient au GHM/GHS



► Il existe essentiellement trois types de diagnostics⁶

La **morbidity principale** (ou couple diagnostic principal – diagnostic relié) : c'est en quelque sorte la conclusion du motif d'hospitalisation. Elle permet de typer les séjours en fonction des situations cliniques : situation de diagnostic, situation de traitement, situation de surveillance (ces trois principales situations sont précisées et déclinées en une trentaine de situations différentes dans le guide méthodologique du PMSI). Seule une rédaction précise et claire du motif d'hospitalisation et de la conclusion permet de déterminer la situation clinique et donc la morbidité principale. Pour les pathologies chroniques, la bonne appréciation de la situation clinique permet de comprendre le parcours intra-hospitalier du patient.

Les **diagnostics associés par convention** : ce sont des règles nationales du guide méthodologique du PMSI ou des règles de la CIM10 qui imposent leur utilisation. Par exemple : les effets indésirables en usage thérapeutique associent deux codes : un pour désigner l'effet indésirable et un pour désigner la molécule.

Enfin, les **diagnostics associés significatifs** d'une consommation de ressources. Cette consommation de ressources doit venir en plus de celle de la morbidité principale. Elle peut prendre des formes diverses : examens à visée diagnostique ou thérapeutique ; procédures médicales plus ou moins invasives (allant du traitement médicamenteux per os à la chirurgie), prises en charges infirmières, interventions des psychologues, des diététiciens, des assistants sociaux, des rééducateurs ... Ces interventions, lorsqu'elles ne sont pas codables avec la CCAM (car le code n'existe pas ou parce qu'il ne s'agit pas d'un acte médico-technique) peuvent être retranscrites dans le résumé PMSI via des codes de la CIM 10 : soit par le biais de pathologies, symptômes, syndromes ou de conditions sociales (douleur, escarre, précarité ...), soit par le biais de codes relatifs aux motifs de prise en charge (dits « codes Z » : rééducation ...).

► La diversité des codes utilisables

La douleur se code de multiples façons dans la CIM 10 : pour désigner la douleur en tant que symptôme (douleur aiguë, douleur chronique neuropathique, douleur chronique irréductible ... : codes en « R52.- ». Mais il existe aussi des codes plus spécifiques en fonction de la localisation de la douleur : douleur abdominale, douleur thoracique, céphalées ...), ou pour désigner les pathologies causales des douleurs évoluant de façon prolongée (migraines, névralgie d'Arnold, problèmes rhumatologiques ...).

Les **actes médico-techniques CCAM** de la douleur sont eux aussi nombreux : actes d'exploration, actes thérapeutiques ; et de techniques allant du non invasif à l'acte chirurgical. Leur codage est obligatoire dès lors que réalisé, tracé et assorti d'un compte-rendu d'intervention.

Les services PMSI peuvent être amenés à collaborer avec les SDC afin de créer des thésaurus de diagnostics et/ou d'actes adaptés à chaque établissement et à chaque situation clinique, et respectant les règles de bon usage (en s'aidant par exemple du thésaurus des actes CCAM de la douleur proposé par la SFETD). L'intérêt de coder ces diagnostics et actes est au moins double : décrire la prise en charge et valoriser financièrement le séjour. En effet, certains codes CIM 10 et certains codes CCAM ont un effet classificatoire⁷, c'est-à-dire que leur présence dans le résumé PMSI influe sur le résultat final du classement dans un GHM.

Ainsi, pour la douleur, on notera par exemple :

- lorsque codées en diagnostic principal : il y a une distinction entre les douleurs chroniques irréductibles et les douleurs chroniques non neuropathiques ;
- lorsque codées en diagnostic associé : il y a une distinction entre les douleurs chroniques irréductibles et les douleurs aiguës ;
- certains actes CCAM désignant des blocs d'analgésie loco-régionale permettent de classer le séjour dans un GHM dit « avec acte interventionnel ».

Au-delà du classement en GHM et de la simple description de l'activité, le codage des actes CCAM permet :

- de valoriser financièrement l'activité hospitalière externe, mais aussi l'activité d'hospitalisation des praticiens dans les établissements privés lucratifs (l'échelle tarifaire des GHM-GHS n'est pas la même que dans le public ou les ESPIC : les médecins du privé lucratif ne sont pas salariés mais payés à l'acte).
- une utilisation en gestion interne par le biais des ICR (indice de coûts relatif).

► Et les activités non codables ?

Certaines activités ne sont pas codables dans les résumés PMSI : soit parce qu'il n'existe pas de code dans les nomenclatures utilisées actuellement pour coder les résumés PMSI, soit parce que l'on souhaite décrire de façon trop détaillée certaines activités, soit parce que les professionnels concernés par ces activités ne sont pas soumis à un recueil national obligatoire et standardisé.

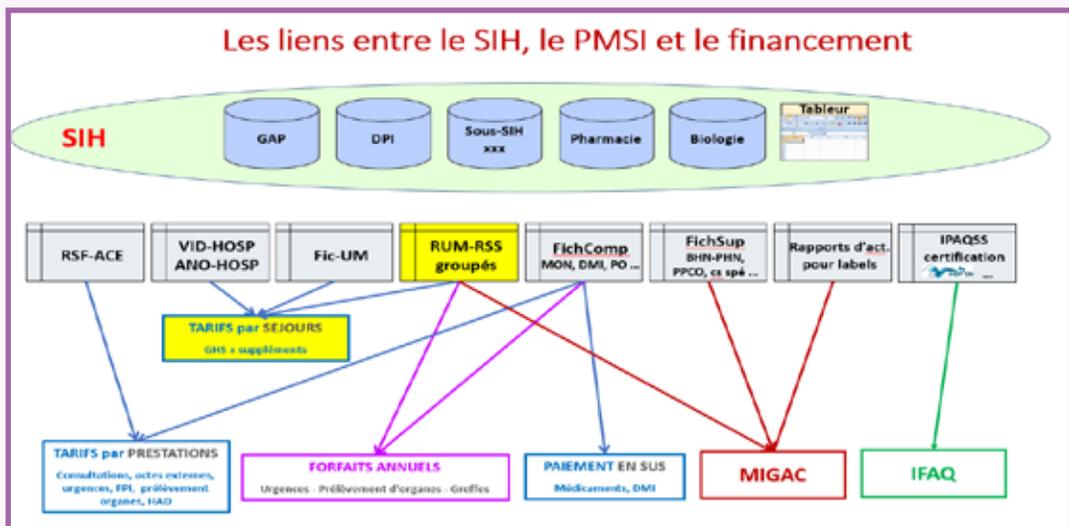
Pour répondre à ce problème, il est possible, en interne dans chaque établissement, de créer des « dossiers de spécialités » ou des « questionnaires » spécifiques dans le dossier patient informatisé⁸, et en s'aidant des propositions de thésaurus de spécialités proposés par la SFETD (pour les activités des infirmières ou des psychologues par exemple : voir ci-dessous). A défaut de valoriser financièrement toutes ces activités, leur description précise permettra déjà de franchir un premier pas.

Par ailleurs, en cas d'absence de code dans la nomenclature CIM10 ou CCAM, il est nécessaire de faire remonter l'information auprès de son service PMSI, mais aussi auprès de la SFETD.

► Les autres voies de valorisation de l'activité

La T2A⁹ permet par ailleurs de valoriser d'autres activités que celles d'hospitalisation (figure 3) :

Figure 3 : Les liens entre le SIH, le PMSI et le financement



- l'activité externe, par le biais de la cotation en NGAP et en CCAM ;
- les activités des centres labellisés douleurs (« SDC ») et les activités d'enseignement et de recherche, via les enveloppes de types MIGAC et MERRI ;
- la qualité est depuis peu valorisée via un véritable nouveau compartiment de la T2A : l'IFAQ¹⁰ ;^{11 ; 12} (incitation financière à l'amélioration de la qualité) L'IFAQ est basée sur une évaluation multidimensionnelle de l'implication de l'établissement dans la qualité des soins.

Parmi les dimensions prises en compte, on retiendra :

- la traçabilité de l'évaluation de la douleur à l'aide d'échelles validées ;
- l'existence d'une lettre de liaison datée du jour de la sortie et remise au patient le jour-même de la sortie. Attention cependant car cette lettre de liaison, si elle était trop succincte, pourrait se révéler insuffisante pour le codage ou pour les contrôles qualité du codage, dans certaines spécialités.

► L'IDE ressource / l'infirmière Ressource Douleur (IRD)

Les activités des IRD sont comprises dans l'ICR et un travail de recensement au niveau national est en cours d'élaboration. A ce jour, Il n'existe de pas de cotation d'acte douleur infirmier dans le PMSI et la NGAP s'applique uniquement aux actes infirmiers en libéral. Fort de ces constats et en attendant la poursuite du travail actuel sur le référentiel d'activités des IRD validé par la SFETD, la commission professionnel infirmière (CPI) propose de diviser l'activité IRD en quatre exercices : activité clinique, activités de formation, activités afférentes aux soins et activités de recherche. Plus spécifiquement, pour l'activité clinique, elle recommande de la tracer en fonction du type de consultation. Cela donne une cotation simple et applicable que l'on soit en 1^{re} ou 2^e ligne/recours indépendamment de l'acte ou des actes inclus dans la consultation :

- **CI IRD** : Consultation Initiale (recueils d'éléments utiles à l'élaboration de diagnostics infirmiers, à la participation au diagnostic médical et aux propositions de prise en charge infirmière)
- **CSA IRD** : Consultation de Suivi avec Actes infirmiers (réévaluation permanente, actes sur prescription ou autonome tel que techniques psychocorporelles ou Education Thérapeutique pour Patient (ETP) individuelle)
- **CC IRD** : Consultation de Clôture (évaluation de la prise en charge)
- **GP** : Prise en charge par groupe de patients pour démarche éducative et/ou développement de programme ETP
- **PAP** : Activités en l'Absence du Patient (RCP, synthèse, réunion clinique, staff, transmissions, gestion de dossiers, travail de liaison et de coordination, participation à la recherche clinique...)

Dans tous les cas une traçabilité de l'activité infirmière est indispensable.

► Le psychologue

L'activité ambulatoire des psychologues dans les établissements publics de santé ne donne pas lieu actuellement à une facturation. Elle est intégralement financée dans les SDC par les MIG. Il n'existe pas de codification de l'activité des psychologues. Par ailleurs, la cotation de l'activité est actuellement dépendante des établissements et de leurs modalités de fonctionnement. Coter et facturer l'activité du psychologue à celle d'un médecin est non réglementaire. La facturer directement au patient ne rentre pas dans le cas des prestations pour « exigence particulière du patient, sans fondement médical » et il conviendrait de réfléchir à la prestation intermédiaire, actuellement réservée à certaines pathologies (ces éléments ont été récemment rappelés par Madame La Ministre de la Solidarité et de la Santé lors d'une question à l'assemblée nationale de Monsieur Joachim Pueyo/ Réponse publiée au JO le : 16/10/2018 page : 9387).

En attendant l'évolution des débats sur cette question, la commission professionnelle psychologue de la SFETD propose la cotation des activités des psychologues selon la grille suivante :

- **CP = consultation du psychologue**
 - Evaluation clinique psychologique, dont bilan psychométrique, épreuves projectives, tests, ...
 - Diagnostic psychopathologique
 - Orientation thérapeutique
- **AP = activités psychothérapeutiques**
 - Prise en charge psychothérapeutique
 - Participation au projet thérapeutique pluriprofessionnel
- **GR = activités de groupe**
 - Prise en charge/suivi
 - Ateliers
 - Réunion d'information
 - Education thérapeutique
- **PAP = prestation en l'absence du patient**
 - Activités de service : participation au diagnostic, réunions de synthèse clinique et de concertation pluriprofessionnelle ;
 - Tenue de la partie spécifique du dossier du patient (rédaction des comptes rendus, notes et documents) ;
 - Travail de liaison avec les autres acteurs hors SDC : relations professionnelles (équipes pluridisciplinaires et médicales pour les projets de soins en dehors des temps formalisés), services sociaux, éducatifs, judiciaires ou juridiques (MDPH, CDAPH, tribunal,...), réseaux d'acteurs et associations (CMP, CMPP, médecins généralistes, médecins spécialistes, psychiatres, psychologues) ;
 - Participation à la recherche clinique et à l'enseignement.

► Références

- <https://www.atih.sante.fr/mco/presentation>
- <https://www.atih.sante.fr/nomenclatures-de-recueil-de-linformation/cim>
- <https://www.atih.sante.fr/nomenclatures-de-recueil-de-linformation/ccam>
- <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>
- article R1112-2 du code de la santé publique et Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison
- [https://www.atih.sante.fr/mco/documentation#Guides méthodologiques](https://www.atih.sante.fr/mco/documentation#Guides%20m%C3%A9thodologiques)
- <https://www.atih.sante.fr/mco/classification-medico-economique>
- <http://www.anap.fr/les-projets/axe-2-performance-des-etablissements/detail/actualites/usages-des-systemes-dinformation/>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-dans-les-etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/incitation-financiere-a-lamelioration-de-la-qualite-ifaq>
- https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/fr/l-incitation-financiere-pour-lamelioration-de-la-qualite-ifaq

► Annexe 2

Annexe FORMATION

► Critères généraux d'identification des SDC indiquant les notions de formation

1. Les SDC sont sous la responsabilité d'un médecin diplômé douleur (Capacité d'évaluation et traitement de la douleur ou DESC « médecine de la douleur et médecine palliative », orientation douleur).
2. Pour les SDC pédiatriques, qu'elles soient spécialisées en pédiatrie ou mixtes (c'est-à-dire mutualisée avec une structure pour adultes ou avec une structure assurant les soins palliatifs pédiatriques), en plus de la valence douleur (point 1 ci-dessus), le responsable doit détenir (outre la valence douleur ci-dessus définie), la valence pédiatrique : DES de pédiatrie ou expérience en médecine de l'enfant et de l'adolescent d'au moins trois ans à temps plein, ou durée équivalente à temps partiel.
3. Une formation universitaire dans le domaine de la douleur est requise pour l'IDE, elle est souhaitée pour le psychologue. La traçabilité des actes infirmiers et des consultations de psychologue est assurée.
4. La structure garantit une prise en charge pluriprofessionnelle aux patients, en se dotant au minimum d'un temps de médecin formé, d'IDE et de psychologue et/ou de psychiatre. Un temps de secrétariat dédié est nécessaire.

► Annexe 3

Annexe des axes d'amélioration

► Axe 1 : Améliorer l'accès aux consultations dans les SDC et l'information des citoyens

1. Intégrer la gestion des demandes dans les plateformes territoriales d'appui (PTA) pour :
 - a. **Informé le patient** des consultations disponibles à proximité (appui sur le site internet de www.sante.gouv portant sur les structures douleur chronique et mise à jour nécessaire des consultations douleur existantes de premier recours (consultation réalisée par un médecin formé DU ou CAPA ou DESC mais n'exerçant pas en équipe pluridisciplinaire) ;
 - b. **Gérer le délai d'attente de consultation** (coupe-file) avec des critères de priorisation (formation des coordinatrices territoriales nécessaire) ;
 - c. **Mettre en place des actions sanitaires et sociales** rapidement quand cela est nécessaire (étude EPICES : 30 % des consultations en SDC sont motivées par une demande sociale), mission réalisée par les PTA, les patients ayant souvent une problématique du handicap associée ;
 - d. **Améliorer le lien ville-hôpital** en créant un **répertoire** des médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, dentistes et autres professionnels de la santé, formés en douleur chronique (DU, DIU, capacité ou DESC) afin de pouvoir proposer une première évaluation en ville et éviter la chronicisation de la douleur et d'autre part, désengorger les consultations et centres SDC labellisées ;
 - e. **Disposer**, via les PTA, d'un **numéro d'accès unique vers un médecin algologue** pour les professionnels de santé afin de disposer d'un conseil rapide ;
 - f. Organiser une équipe territoriale douleur départementale dans les cas où il n'existe pas de SDC dans le département afin d'assurer une mutualisation des moyens sans perte de chance pour le patient (à organiser dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire).
2. **Engager le patient dans les parcours spécifiques** existants dans sa région (ex : parcours lombalgie et stimulation médullaire, parcours AVF, parcours syndrome douloureux régional complexe, parcours pédiatrie, parcours gériatrie,...) afin d'éviter une perte de chance.
3. **Mettre en place un parcours patient - médecin du travail - algologue** afin de pouvoir remettre rapidement le patient dans le circuit de l'emploi et éviter la précarité en cas de chronicisation de la situation.

► Axe 2 : Améliorer la formation des professionnels de santé et du social portant sur la douleur chronique

1. Les patients souffrant de douleur chronique ayant un haut risque de précarité et de handicap, une **formation spécifique « douleur » des professionnels de la santé et du social** qui s'occupe du patient est nécessaire.
2. Création d'un **curriculum douleur** pour les disciplines formant l'**équipe de soins** autour du patient en intégrant aussi les services d'aide à la personne et les assistantes sociales.
3. **Renfort de l'enseignement dispensé** dans les professions de la santé.
4. **Relance de la formation continue** auprès des professionnels de santé concernant la prise en charge de la douleur, les professionnels étant clairement insuffisamment informés des avancées scientifiques dans le domaine de la douleur chronique, en favorisant l'e-learning et en proposant une rémunération.
5. Reconnaissance pour les IRD de la « **pratique avancée douleur** ».

► Axe 3 : Améliorer la qualité des soins reçus par les patients

1. **Protocolisation** de procédures visant à assurer la **prévention de la douleur** dans les secteurs anesthésiques et chirurgicaux (repérage précoce de la douleur neuropathique post-opératoire, repérage en consultation pré anesthésique des patients à risque de douleur chronique, proposition d'un traitement multimodal spécifique à deux mois de la chirurgie en cas de douleur persistante,...).
2. **Protocolisation nationale des parcours de patients réalisant des gestes à visée antalgique invasifs à haut risque** (stimulation médullaire, stimulation corticale, pompe intrathécale) afin de proposer des critères d'inclusion et de non inclusion communs et de sécuriser ces techniques.
3. **Poursuite de la rédaction de recommandations de bonnes pratiques avec la Haute Autorité de Santé** de façon transparente et simplifiée.
4. **Formation des médecins libéraux (généralistes et spécialistes) et des IDEL (infirmières libérales) au repérage** des différentes douleurs, des patients à risque de chronicisation de la douleur chronique, des patients à risque d'abus médicamenteux.
5. **Protocolisation des prises en charge de la douleur aiguë** en ville et à l'hôpital afin de faire bénéficier au patient d'une prise en charge efficace, sécuritaire et juste pour tout citoyen.
6. **Amélioration de la lisibilité des associations de patients** et mieux informer les patients sur les associations existantes via les PTA.
7. **Création de programmes d'éducation thérapeutique de la douleur chronique.**

► Axe 4 : Proposer des actions innovantes au service de la douleur chronique

1. **Développer la consultation de suivi algologique par la télémédecine** : devant le nombre important de patients souffrant de handicap, âgés ou isolés parmi les patients douloureux chroniques, une consultation infirmière avancée de suivi permettrait de réaliser des consultations sans déplacement pour le patient (consultation de suivi pour l'évaluation de la douleur, la neurostimulation transcutanée (TENS), etc).

► Axe 5 : Innover dans l'organisation de la santé dans le domaine de la douleur chronique

1. Créer un **financement spécifique de la consultation douleur** pour tous les professionnels de santé libéraux et hospitaliers (médecin, infirmier, psychologue, kinésithérapeute) dans le cadre de la prise en charge d'un patient douloureux chronique en raison du caractère complexe et chronophage.
2. **Établir une synthèse et un projet thérapeutique** au décours de l'évaluation en SDC proposant une prise en charge détaillée expliquant clairement les objectifs et moyens à mettre en œuvre par les différents intervenants de la ville et ceux à mettre en œuvre par la SDC, en tant que Plan Personnalisé de Santé (cf. *PPS programme PAERPA Parcours de santé des aînés*).
3. Mettre en place une **équipe mobile intra-hospitalière de la douleur** pour les patients à haut risque de décompensation en raison de leur douleur ; il s'agit d'équipes mobiles de la douleur dans certaines structures, portées par la SDC ou par le CLUD, selon les établissements.
4. **Poursuivre l'hospitalisation de jour** pour les traitements en SDC permettant de limiter les déplacements de patients souvent fragiles, isolés, ou travaillant encore (limiter l'absentéisme dû aux traitements), avec la possibilité d'ouvrir des hospitalisations **pour évaluation pluriprofessionnelle de la douleur chronique** à la demande du médecin traitant, permettant aussi de diminuer le délai entre la demande du médecin traitant et l'évaluation en SDC, le **financement de traitements en hospitalisation de jour y compris en cas d'utilisation de traitements en dehors de leurs indications de l'AMM** (dits traitements hors AMM) dès lors qu'ils sont étayés scientifiquement.
5. Développer une **équipe mobile extrahospitalière de la douleur chronique** pour les patients ne pouvant se déplacer et trop isolés, en général les personnes âgées de plus de 75 ans, en lien avec les équipes mobiles de gériatrie ou les PTA.
6. **Favoriser l'accès aux aides à la personne**, aux aides sociales, à la réhabilitation au travail des patients souffrant de douleur chronique via les PTA.
7. **Favoriser l'accès aux essais cliniques et thérapeutiques par une filière plus simple entre la consultation SDC et le centre SDC** afin de faciliter l'inclusion des patients dans la filière de recherche, améliorer les connaissances (via un observatoire national) et donner le même accès aux soins de pointe pour tout citoyen.

Rappel sur la description et la valorisation des venues ambulatoires

Dès lors que le patient est considéré comme hospitalisé, avec ou sans nuitée, le système d'information va obliger à coder un résumé PxMSI. Ce codage des diagnostics en CIM10 et des activités médico-techniques en CCAM va permettre de décrire et de valoriser chaque séjour ou venue via le classement en GHM, et son pendant tarifaire que sont les GHS. Les GHS sont des forfaits tout compris. Il existe cependant une dérogation légale qui permet de valoriser les médicaments innovants et particulièrement coûteux en sus du GHS, leurs surcoûts n'étant pas supportés dans les GHM-GHS tout compris.

Le caractère innovant d'un médicament est évalué par l'amélioration du service médical rendu (ASMR) permettant d'évaluer l'apport du médicament par rapport aux autres thérapeutiques existantes. La Haute autorité de santé évalue l'ASMR d'un médicament en le qualifiant de « majeur » (1), « important » (2), « modéré (3), « mineur » (4) ou « inexistant » (5). Si l'ASMR est jugée « majeure », « importante » ou « modérée », le médicament est remboursé à l'hôpital à 100 % par l'Assurance-Maladie, en plus du forfait d'hospitalisation. Si l'ASMR est qualifiée de « mineure » (4), mais que la Haute Autorité de Santé reconnaît au médicament un intérêt de santé publique et que le médicament traite d'une maladie pour laquelle on ne dispose d'aucune autre alternative (médicamenteuse ou chirurgicale), alors ce médicament pourra être inscrit dans la liste en sus. La liste en sus de la T2A est donc la liste des médicaments bénéficiant d'un financement dérogatoire par l'Assurance Maladie, ces médicaments étant remboursés en sus des tarifs des séjours hospitaliers, en raison des surcoûts qu'ils engendrent par rapport au coût moyen du GHM-GHS. Un médicament qui est radié de la liste en sus, reste inscrit aux collectivités et peut donc toujours être prescrit aux patients.

Pour les venues ambulatoires hors GHM-GHS, le système d'information va générer un dossier de type externe, avec obligation de décrire et facturer l'activité via la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) et la CCAM. Trois mécanismes particuliers (certains créés en 2017) permettent par ailleurs de mieux valoriser certaines activités frontières entre l'externe et le GHM-GHS.

D'abord, certains codes CCAM, appartenant à une liste prédéfinie, permettent de valoriser en sus l'environnement technique nécessaire à la réalisation de l'activité, via des forfaits SE (sécurité-environnement). Par exemple, le forfait SE5 valorise l'environnement technique nécessaire aux injections de toxine botulique. Il est intéressant de noter qu'à partir de 2018, un forfait SE6 est créé de façon à couvrir le coût moyen des injections de toxine botulinique (plusieurs flacons) dans les muscles striés.

Ensuite, le FPI ou forfait de prestation intermédiaire, permet de mieux valoriser certaines prises en charges médicales ambulatoires de « lourdeur » intermédiaire mais pour 4 groupes de pathologies seulement à ce jour (diabète, insuffisance cardiaque, polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante)

Enfin, il existe la possibilité de valoriser les médicaments administrés en externe via les forfaits APE et AP2, qui sont fixes et non proportionnels aux quantités administrées.

Ces diverses cotations externes et intermédiaires se combinent selon des règles strictes et complexes, sans atteindre les niveaux de valorisation des GHM-GHS.

Dans tous les cas, et parallèlement aux données décrivant l'activité, des informations de facturabilité à l'Assurance Maladie sont renseignées par les personnels chargés de l'accueil des patients ; ainsi, les venues motivées par un acte se situant en dehors des indications de l'AMM ne sont pas facturables à l'Assurance Maladie et la cause de non facturabilité (« hors AMM ») devrait être indiquée dans le dossier.