



La Stimulation **Magnétique Trans-crânienne répétitive** (rTMS) est une technique de neuromodulation qui utilise un champ magnétique appliqué sur le cortex à l'aide d'une bobine. La rTMS est à ce jour pratiquée **en ambulatoire**,

La rTMS à l'épreuve de l'Hôpital de jour

Aujourd'hui, la prise en charge du patient douloureux chronique, au fil de son parcours santé, s'inscrit comme une véritable arborescence sollicitant divers acteurs soignants et non soignants au sein de la structure douleur chronique. Dans notre cas, cette approche plurielle et plurimodale comprend des séances de rTMS en ambulatoire, et des séances de bilan clinique et paraclinique organisées en hospitalisation sans nuitée, en référence à l'instruction DGOS du 10 septembre 2020.

Comme indiqué dans le *Guide des Bonnes Pratiques (GPB édité par la SFETD)*, <https://www.sfetd-douleur.org/les-livres-blancs/> 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 (avec un niveau de preuve B), mais surtout dans les douleurs neuropathiques (avec un niveau de preuve A recommandé depuis 2020 en troisième intention).

Divers paramètres de stimulation sont utilisés, en particulier, l'intensité de la stimulation calculée en fonction du **seuil moteur** (qui correspond à l'excitabilité du cortex moteur d'un sujet donné, à un moment donné). Ce seuil moteur est recherché **par l'enregistrement du Potentiel Évoqué Moteur ou PEM** en accord avec les recommandations de la SFETD. Ce PEM doit faire l'objet d'un compte-rendu graphique annexé au dossier du patient.

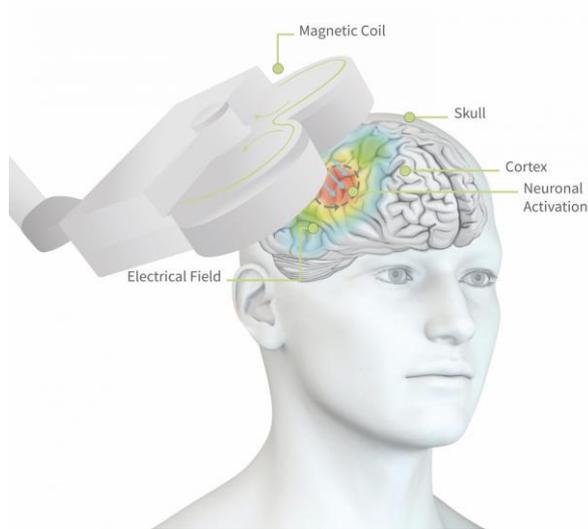
La recommandation 36 du GBP propose le protocole rTMS le plus utilisé, planifié sur 6 mois, avec 3 séances la première semaine puis une séance par semaine pendant 3 semaines puis une séance toutes les trois à quatre semaines, soit un total de 14 séances dans le premier cas (schéma qui nous paraît le plus pertinent) et 12 séances dans le deuxième cas (sans doute moins bénéfique pour le patient).

Il n'est donné aucune précision sur l'organisation d'éventuelles séances d'entretien (jusqu'à 18 mois), par manque d'études sur le long terme.

L'efficacité de la rTMS doit reposer sur une amélioration de la douleur et/ou de la qualité de vie du patient d'au moins 30 %. Cette amélioration évaluée à l'aide d'échelles validées doit être tracée dans le dossier patient (**Recommandation 37 du GBP**).

En parallèle à ce programme ambulatoire, le patient va bénéficier de bilans en **hôpital de jour douleur à plusieurs interventions** (médecin, IDE, psychologue, bilan du sommeil, +/- autres interventions jugées nécessaires).

A ce jour, la technique de rTMS ne peut être comptabilisée en HDJ, comme une intervention car l'acte n'est pas nomenclaturé à la CCAM.



Dans un souci d'harmonisation, la SFETD propose le schéma d'HDJ suivant

- HDJ 1 : juste avant la 1^{re} séance, pour bilan douleur de référence et explication du protocole,
- HDJ 2 : à la fin du premier mois, avant la 6^e séance pour vérifier la tolérance,
- HDJ 3 : après la 10^e séance pour vérifier l'efficacité,
- HDJ 4 : après la 14^e séance, pour un bilan final,
- et en cas de programme d'entretien, une HDJ toutes les 5 séances.

Schéma récapitulatif : Semaine 1 = **HDJ 1** et 1^o séance, 2^s, 3^s / **S2** = 4^s / **S3** = 5^s / **S4** = **HDJ 2** et 6^s / **S7** = 7^s / **S10** = 8^s / **S13** = 9^s / **S16** = 10^s et **HDJ 3** / **S19** = 11^s / **S22** = 12^s / **S25** = 13^s / **S28** = 14^s et **HDJ 4**.....

En alternant HDJ et séances de rTMS en ambulatoire, le parcours ainsi proposé permet de valoriser 4 HDJ (pleine ou intermédiaire suivant le nombre d'interventions réalisées dans la journée). Le codage proposé pour ces HDJ est celui d'une douleur chronique irréductible ou d'une douleur neuropathique en diagnostic principal (code CIM10 en R52.1-) et donc un classement des HDJ en GHMT 01M21T (Douleurs chroniques rebelles, très courte durée).

Pour les structures douleur chronique faisant appel à un autre établissement pour la réalisation de la rTMS, une convention entre Directions, précisant l'organisation, pourrait être établie.

En attendant l'avis ultérieur de la Haute Autorité de Santé sur l'inscription de la rTMS dans la CCAM, **pour l'indication douleur**, avec une valorisation tenant compte des coûts de production (coût de matériel, de personnel et de structure), cette organisation pourrait permettre à nos services douleur de poursuivre le développement de cette technique de modulation bien acceptée par les patients, et présentant une grande sécurité d'emploi.

Cette approche, visant à homogénéiser les pratiques au sein de nos SDC sera présentée et discutée lors du symposium rTMS organisé par la SFETD le 19 octobre 2021.