

Parcours de soins d'un patient douloureux chronique

NOTE DE CADRAGE

Haute Autorité de santé

Service communication - information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. La saisine.....	4
2. Les travaux de la Haute Autorité de santé	5
3. La douleur chronique.....	5
3.1. Définitions.....	5
3.2. Le processus de chronicisation.....	6
3.3. Le modèle biopsychosocial.....	7
3.4. Les délais d'attente	7
4. Le contexte de la demande	8
5. Le projet.....	10
5.1. Les objectifs.....	10
5.2. Des productions	11
5.3. Des cibles	11
5.4. Une méthode de travail	11
5.5. Les risques	14
5.6. Un calendrier prévisionnel.....	14

1. La saisine

La Haute Autorité de santé (HAS) a été saisie par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS) pour définir « **des recommandations relatives au processus standard de prise en charge des patients douloureux chroniques et à la collaboration optimale entre ville et structures de recours** ».

La DGOS relève deux problématiques concernant :

1. **Le processus de prise en charge en structure douleur chronique (SDC)**, avec de grandes variabilités dans :

- La composition des équipes pluriprofessionnelles, notamment pour les interventions des infirmières et des psychologues. Cette variabilité témoigne d'une hétérogénéité des prises en charge entre SDC ;
- La typologie des actes paramédicaux réalisés, avec des ratios très différents entre la part des actes strictement thérapeutiques et la part des « soins de support » visant plutôt à améliorer le confort du patient douloureux ;
- Les délais d'attente pour une première consultation qui, selon les SDC, est de 2 à 8 mois.

2. **Le relai de la prise en charge par la ville et donc la pertinence de la prise en charge en SDC**, avec des ratio file active / nombre de consultations en SDC très variables, témoignant d'une grande variabilité de la répartition des soins en ville et des soins en SDC. Or la sollicitation non-pertinente de SDC en lieu et place d'un relai en soins primaires peut induire une surconsommation de ressources et une saturation des SDC impactant les délais d'attente pour une première consultation en SDC.

La DGOS demande à la HAS d'établir des **recommandations de pratiques professionnelles sur l'organisation et la pertinence des soins** afin de :

- Proposer un argumentaire médical permettant de rationaliser la répartition des prises en charge des patients externes entre SDC et ville ;
- Proposer, sur une expertise médicale partagée, une ou des typologies de prise en charge (typologie d'actes et de consultations) réalisables en SDC auprès des patients externes, typologies qui permettraient de justifier et d'homogénéiser les allocations de ressources vers les SDC.

A l'aide de ces travaux, la DGOS a pour objectifs de :

- Standardiser les pratiques en SDC ;
- Standardiser les relations entre recours (SDC) et relai en ville et donc d'optimiser le rôle des SDC et la pertinence de l'adressage des patients vers l'un et l'autre ;
- Optimiser le financement des SDC à travers une meilleure allocation de la dotation MIG (destinée au financement des équipes) et une justification médicale à toute demande de mesure financière nouvelle en relation avec la forte augmentation de l'activité des SDC.

2. Les travaux de la Haute Autorité de santé

La Haute Autorité de santé (HAS) a déjà publié une série de travaux en lien avec la prise en charge et le parcours des patients douloureux chroniques (liste non exhaustive).

1. **Recommandations. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, ANAES février 1999**

Ce document décrit l'évaluation, en médecine ambulatoire, d'un patient atteint d'une douleur chronique, hors cancer et hors sida. Il propose au médecin une grille d'entretien semi-structurée et des échelles et questionnaires d'autoévaluation validés explorant les différentes dimensions de la douleur chronique.

2. **Recommandations. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, ANAES octobre 2000**

Ce document propose des échelles validées d'hétéro-évaluations de la douleur pour les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale et rappelle les principes de l'évaluation et des traitements médicamenteux chez la personne âgée.

3. **Recommandations. Douleur Chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, HAS décembre. 2008**

Ce document a été réalisé selon la méthode du consensus formalisé. Il décrit le parcours de soins d'un patient douloureux chronique, en 4 étapes :

- Identifier et évaluer en première intention un patient atteint de douleur chronique,
- Orienter le patient douloureux chronique vers une SDC (conditions préalables, critères d'orientation et éléments à transmettre à la SDC)
- Évaluer le patient douloureux chronique en SDC (conditions de réalisation, évaluation et transmission des informations aux structures de relais)
- Et orienter le patient à l'issue de l'évaluation en SDC (réorienter vers le médecin demandeur, assurer la prise en charge, orienter vers une autre SDC)

4. **Recommandations. Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées, HAS avril 2009**

Ce document fait un état des lieux de la prise en charge des patients atteints de douleur chronique en SDC en France. Il a été réalisé à partir d'une enquête transversale menée en 2008. Il est basé sur 2900 fiches patients remplies par les médecins lors de la première consultation en SDC et à partir d'entretiens dirigés auprès de 24 responsables de SDC. Il décrit : les capacités des SDC à répondre à la demande des patients, les modalités d'accès et de prises en charge des patients en SDC et les difficultés rencontrées par les SDC dans leur fonctionnement et leur financement.

3. La douleur chronique

3.1. Définitions

La douleur est définie par *l'International Association for the Study of Pain (IASP)* comme : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes ».

La douleur a des étiologies multiples, mais on peut distinguer 3 catégories de douleurs selon leur mécanisme physiopathologique : les douleurs nociceptives par excès de nociception, les douleurs neuropathiques secondaires à une lésion neurologique et les douleurs dysfonctionnelles en lien avec un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur, sans lésion identifiée.

La douleur aiguë est une douleur récente. Elle a une fonction de signal d'alarme permettant à l'être humain de prendre les mesures nécessaires face à un danger. Les objectifs de son traitement sont symptomatiques et curatifs (soulager la douleur et traiter l'affection causale).

La douleur subaiguë est une douleur présente depuis quelques semaines. Le risque est son passage à la chronicité. Les objectifs de sa prise en charge sont de soulager la douleur, de traiter l'affection causale, mais aussi d'évaluer et de gérer les facteurs de risque de chronicité. Une prise en charge adaptée doit être proposée suffisamment tôt, en particulier en cas d'évolution défavorable ou en présence de facteurs prédisposant à la chronicité.

La douleur chronique est définie par l'IASP comme une douleur persistante au-delà du délai normal de guérison des tissus, généralement fixé à 3 mois. Elle n'a pas de finalité biologique et a des répercussions délétères chez le patient.

Le syndrome douloureux chronique présente les caractéristiques suivantes (Sanders 2005):

- une plainte de douleur persistante ou récurrente
- qui persiste plus longtemps que normalement pour l'affection causale (ou qui est associé à une maladie chronique)
- qui n'a pas bien répondu à un traitement approprié
- et qui est associée à une réduction significative des capacités fonctionnelles

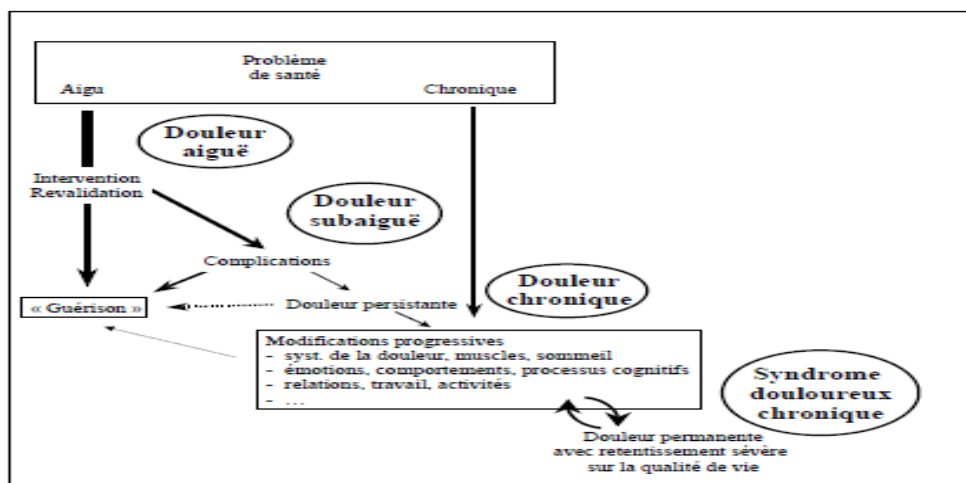
Des troubles de l'humeur et/ou de l'anxiété/hostilité peuvent être présents, mais ne sont pas considérés comme nécessaires pour faire le diagnostic

Le terme de douleur « rebelle » a été utilisé dans le cadre de la définition administrative relative à l'identification des structures spécialisées de lutte contre la douleur chronique². Son sens, ambigu et non consensuel, n'a pas d'utilité pour la décision médicale.

3.2. Le processus de chronicisation

Une douleur qui persiste a progressivement de nombreuses conséquences qui entretiennent et amplifient la douleur (cercle vicieux). Ces conséquences sont de nature : *fonctionnelles et structurales du système nociceptif avec une sensibilisation centrale et une « mémoire de la douleur », **comportementales avec une réduction des activités, ***émotionnelles avec de l'anxiété et une dépression, ****cognitives par le biais d'une focalisation de l'attention sur la douleur, *****et sociales avec des répercussions professionnelles ou scolaires et familiales et un retrait social qui favorisent encore le déconditionnement et les modifications cognitives et émotionnelles liées à la douleur.

Tableau 1. Chronicisation de la douleur



¹ Sanders SH, Harden RN, Vincente PJ, Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. Pain Practice 2005 ; 5:303-315

² La circulaire du 4 février 1998 de la DGS relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle

Il existe des **facteurs de risque prédisposant** au développement d'une douleur chronique (*yellow flag*). Les facteurs associés à un risque élevé de passage à la chronicité sont génétique, psycho-sociaux ou liés à des antécédents médico-chirurgicaux douloureux. Leurs repérages sont utilisés en prévention, afin de réduire les risques de passage à la chronicité d'une douleur aiguë ou subaiguë.

3.3. Le modèle biopsychosocial

► La douleur chronique selon ce modèle

Le développement, l'entretien et l'aggravation d'une douleur chronique sont en lien avec de nombreux facteurs qui interagissent entre eux et qui peuvent être classés en 3 catégories : biologique, psychologique et sociale :

- Des facteurs biologiques : génétiques, comorbidités, sensibilisation centrale de la douleur, déconditionnement physique, etc. ;
- Des facteurs psychologiques : émotionnels (anxiété, dépression, etc.), comportementaux (évitements ou hyperactivité, etc.) ou cognitifs (croyances inadéquates, catastrophisme, hypervigilance, etc.) ;
- Des facteurs sociaux : familiaux, culturels, professionnels, scolaires, etc.

Dans ce modèle biopsychosocial, la douleur chronique doit donc être envisagée comme la résultante de causes multiples en interaction permanente. Il n'y a donc pas de proportionnalité entre la sévérité de la lésion somatique et l'intensité de la douleur chronique (à la différence du modèle biomédical).

► La prise en charge d'un patient douloureux chronique selon ce modèle

Dans le modèle biopsychosocial, l'évaluation, le traitement et le suivi du patient douloureux chronique doivent couvrir les 3 champs et nécessitent une **approche intégrée, centrée patient, en équipe pluriprofessionnelle et multidisciplinaire ou au mieux interdisciplinaire**. Le modèle interdisciplinaire est considéré comme optimal pour les SDC. Il est recommandé par *l'International Association for the Study of Pain (IASP)*, en particulier pour la prise en charge des patients atteints d'une « douleur chronique réfractaire ou en situation complexe »

Dans le modèle biopsychosocial, **le traitement du patient atteint d'une douleur chronique doit être multimodal**, selon les besoins mis en évidence lors de l'évaluation initiale³. Il peut comprendre :

- Des thérapeutiques médicamenteuses (générales ou locales), des thérapeutiques invasives, etc.
- Des traitements psychologiques : thérapies cognitive-comportementales, techniques de gestion du stress (relaxation, sophrologie, autohypnose, ...), etc.
- Des interventions sociales en milieux professionnels, scolaires ou familiaux.
- Une rééducation fonctionnelle, des activités physiques adaptées, etc.
- Une dimension éducative : information et éducation thérapeutique sur la maladie, les comportements recommandés ou à éviter, etc.

Les objectifs thérapeutiques pour un patient atteint d'un syndrome douloureux chronique sont essentiellement réadaptatifs. Ils visent, quand cela est possible, la réduction de l'intensité de la douleur, mais surtout l'amélioration des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie du patient.

La complexité et l'intrication des facteurs biopsychosociaux qui interviennent dans la genèse de la douleur chronique rendent difficile de prédire les résultats des interventions thérapeutiques. **Le patient douloureux chronique doit donc être régulièrement suivi** et réévalué et sa prise en charge doit être, au besoin, réajustée.

3.4. Les délais d'attente

Les délais d'attente pour une première consultation en SDC sont la résultante de plusieurs facteurs :

³ L'évaluation initiale d'un patient atteint d'une douleur chronique est décrite dans les documents publiés par la HAS et listés au chapitre 2.

- Le nombre de patients atteints de douleur chronique, et donc de sa prévention ;
- La capacité des professionnels de ville, en particulier des médecins traitants, à prendre en charge des patients douloureux chroniques plus ou moins complexes ;
- La capacité des SDC à proposer aux médecins de ville des alternatives à une consultation en SDC ou un soutien pour un relai en ville après une évaluation et/ou un traitement en SDC.

Les patients souffrant de douleur chronique subissent une détérioration significative de leur état de santé, de leur qualité de vie et de leur bien-être psychologique pendant la période d'attente qui suit leur orientation pour une prise en charge en SDC. On ignore à partir de quand cette détérioration s'instaure, mais des délais d'attente de 6 mois ou plus sont considérées comme « médicalement inacceptables »⁴.

Une prise en charge adaptée doit être proposée au patient douloureux chronique dans des délais « acceptable ».

En janvier 2009, l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) a réalisé une analyse des recommandations internationales sur les délais d'attente pour le traitement des douleurs. Elle a édité les recommandations suivantes :

- **Les affections douloureuses aiguës** doivent être traitées immédiatement (par exemple, crises douloureuses drépanocytaires et douleurs liées à un traumatisme ou à une intervention chirurgicale).
- **Plus urgent (1 semaine)** : les affections graves douloureuses avec des risques de détérioration ou de chronicité, telles que la phase aiguë d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), une douleur chez les enfants, une douleur liée au cancer ou à une maladie douloureuse en phase terminale.
- **Urgent ou semi urgent (1 mois)** : les douleurs sévères non diagnostiquées ou progressives avec des risques d'altération fonctionnelle croissante, généralement d'une durée de 6 mois ou moins (un mal de dos qui ne se résout pas, une douleur post-chirurgicale ou post-traumatique persistante).
- **Routine ou régulière (8 semaines)** : les douleurs persistantes à long terme sans progression significative.

4. Le contexte de la demande

En France, la douleur constitue le premier motif de consultation chez le médecin généraliste et dans les services des urgences.

La douleur chronique est une maladie chronique très fréquente. En France, 12 millions de personnes souffrent de douleurs chroniques, 70% ne reçoivent pas de traitement approprié et moins de 3 % bénéficient d'une prise en charge dans une SDC. Seuls 15 % des sujets souffrants de douleurs neuropathiques et qui consultent régulièrement un médecin pour une douleur, reçoivent un des traitements de référence. La douleur chronique est à l'origine de dépenses importantes de santé, avec une augmentation de la consommation en soins, du nombre d'arrêts de travail et de la durée des séjours hospitaliers.

Depuis l'instruction du 19 mai 2011 de la DGOS, relative à l'identification et au cahier des charges des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique, le parcours d'un patient douloureux chronique relève d'un processus de prise en charge hiérarchisé en 3 paliers avec : *les soins en ville, **les consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique ***et les centres d'étude et de traitement de la douleur chronique.

En 2010, le Haut Conseil de la santé Publique a publié un rapport d'évaluation du 3^e plan douleur. Il soulignait les fragilités du système actuel et les carences persistantes dans la prise en charge des patients douloureux chroniques en ville et à l'hôpital. Il considérait que l'on devait sortir d'une prise en charge hospitalo-centrée, pour une offre et une organisation de qualité à l'hôpital et en ville avec une meilleure structuration de l'offre de soins, notamment en ville. Il soulignait la nécessité de prêter une attention particulière aux populations vulnérables ou

⁴ A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain ; M E. Lynch, PAIN juin 2017

dyscommunicantes (enfants, adolescents, personnes âgées, personnes handicapées et personnes souffrants de pathologies psychiatriques).

En 2017, la Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD) a publié un Livre blanc de la douleur⁵. Ce rapport soulignait les difficultés dans la prise en charge de la douleur en France et la fragilité du système actuel, en particulier des SDC. Il proposait une série de mesures :

- Maintenir et consolider le rôle des centres spécialisés dans la prise en charge de la douleur chronique ;
- Renforcer la formation de tous les professionnels de santé à la prise en charge de la douleur ;
- Impliquer davantage les acteurs de premier recours, les médecins généralistes et les pharmaciens, dans l'accompagnement des patients douloureux ;
- Améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences, en médecine ambulatoire, mais aussi l'accessibilité à cette prise en charge dans tout le territoire, en particulier par les nouvelles technologies ;
- Développer des campagnes de prévention de la douleur, au travail, en chirurgie ou encore liée aux soins ;
- Développer la reconnaissance des approches non médicamenteuses de la douleur et de l'éducation thérapeutique du patient ;
- Améliorer les situations de prise en charge pour les populations les plus vulnérables ;
- Soutenir et reconnaître les personnes douloureuses et leurs proches ;
- Développer la recherche translationnelle⁶ en impliquant tous les acteurs.

En 2018, l'Académie de Médecine⁷ a publié un rapport soulignant aussi les difficultés dans la prise en charge de la douleur en France et la fragilité du système actuel, en particulier des SDC.

Ainsi, malgré de grands progrès réalisés dans le cadre des 3 plans nationaux de lutte contre la douleur de 1998 à 2010, la prise en charge des patients douloureux chroniques reste très hospitalo-centrée. Les patients arrivent en SDC après plusieurs années de douleur, en moyenne 5 ans après le début de la douleur, ce qui rend les prises en charge plus complexes et plus limitées. Les SDC sont saturées et les délais d'attentes pour une première consultation spécialisée sont, selon les SDC, de 2 à 8 mois. Le système des coupe-files pour les urgences n'est plus opérationnel.

Des stratégies à l'étranger, notamment au Québec ou la Veteran Health Administration (VHA), ont été développées pour contourner le problème et proposer aux patients douloureux chroniques des prises en charge adaptées et dans des délais acceptables. Elles se basent toutes sur une approche intégrée, centrée patient, hiérarchisée en 3 paliers, pluriprofessionnelle et multidisciplinaire à tous les paliers, et où le premier palier, c'est à dire les soins en ville, assure l'essentiel des prises en charge sans perte de chance pour le patient.

Une politique efficace de lutte contre la douleur chronique doit s'attacher à réduire le nombre de patients atteints de douleur chronique par :

- des actions de prévention de la douleur aiguë (prévention primaire), en particulier des douleurs liées aux soins et des douleurs post chirurgicales,
- un traitement dans des délais acceptables des douleurs aiguës et subaiguës, en particulier en présence de facteurs de risque de chronicité (prévention secondaire),
- une prise en charge adaptée et dans des délais acceptables des douleurs chroniques pour éviter ou limiter le handicap (prévention tertiaire).

Une politique efficiente de lutte contre la douleur chronique doit s'attacher à fournir au bon patient, le bon traitement, au bon moment, par le ou les bon(s) professionnel(s). Elle doit pour cela s'appuyer sur une

⁵ SFETD (Société Française d'évaluation et de traitement de la douleur) Livre blanc de la douleur 2017 – État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen

⁶ La recherche translationnelle en médecine permet soit de développer des applications cliniques à partir d'une découverte en recherche fondamentale, soit de favoriser l'exploration de nouvelles théories à partir de l'observation clinique.

⁷ Rapport 2018 : Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie Nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades

organisation ville/SDC hiérarchisée en 3 paliers, où l'on proposera progressivement au patient des soins adaptés à son état, de plus en plus complexes, et en général de plus en plus coûteux, dans des délais d'attente acceptables, tels que définis par l'IASP. Les patients doivent pouvoir changer de palier, dans les deux sens, en fonction de l'évolution de leur situation.

Compte tenu de l'importance de la population concernée, **le 1^{er} palier constitué par les soins en ville doit être en mesure de gérer la plupart des états douloureux chroniques**. Ce premier palier doit se structurer et être soutenu les équipes hospitalières des SDC (2^e et 3^e paliers).

Le médecin traitant, dans le cadre d'un travail en équipe, doit pouvoir prendre en charge seul, ou en partenariat avec un médecin spécialiste de second recours, ou avec le soutien du médecin de la SDC du territoire, l'essentiel des patients douloureux chroniques.

Le médecin traitant⁸, pour prendre en charge en ville et de façon adaptée un patient atteint d'un syndrome douloureux chronique, doit travailler en équipe pluriprofessionnelle (infirmiers, paramédicaux, psychologues, assistantes sociales, etc.) et/ou multidisciplinaires (médecins psychiatres et autres spécialistes de second recours⁹ de ville, etc.). Pour cela, il doit pouvoir s'appuyer sur les nouvelles organisations des soins en ville (les équipes de soins primaires¹⁰, les maisons de santé¹¹, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹²), quand elles existent, ou à défaut s'organiser en propre. Au besoin, il doit pouvoir bénéficier des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC)¹³. Il doit aussi pouvoir requérir l'expertise des médecins et des autres professionnels des SDC, éventuellement avec l'aide des nouvelles technologies de l'information et de la télésanté¹⁴ (télémédecine, télé-expertise et télésoins).

Pour la première évaluation d'un patient douloureux chronique en ambulatoire, le médecin traitant peut s'aider de la grille d'entretien semi-structurée et des échelles et questionnaires d'autoévaluation et d'hétéro-évaluation publiés dans les recommandations de la HAS de 1999 sur la douleur des adultes et les recommandations d'octobre 2000 sur la douleur des personnes âgées dyscommunicantes (Chapitre 2).

Des recommandations pour le parcours de soins d'un patient douloureux chronique ont été publiées par la HAS de décembre 2008. Ces recommandations ne précisent pas les critères d'orientation, les évaluations et les traitements selon le type de SDC qui, à l'époque était au nombre de trois, consultations, unités et centres pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique¹⁵. Elles ne précisent pas les stratégies et les organisations à mettre en place, en ville et dans les SDC, pour favoriser la prise en charge en ville des patients douloureux chronique.

5. Le projet

5.1. Les objectifs

Ce travail doit permettre de revoir la répartition des prises en charge des patients douloureux chroniques entre la ville et les SDC, afin d'être en mesure de proposer à ces patients une prise en charge adaptée et dans des délais acceptables, autant en ville qu'en SDC. Compte tenu du nombre de patients concernés, la prise en charge en ville devra être privilégiée quand elle est possible, sans perte de chance pour le patient.

⁸ Article L4130-1, modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68. Missions du médecin généraliste de premier recours

⁹ Article L4130-2, créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 66. Missions du médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours :

¹⁰ Article L1411-11-1, créé par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 64. L'équipe de soins primaires

¹¹ Article L6323-3, modifié par Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 24. Les maisons de santé

¹² Article L1434-12, modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 10. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

¹³ Article L6327-1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7 du code de santé publique, sur les dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

¹⁴ La télémédecine : Article R6316-1, créé par décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1. ; Article L6316-1 du code de la santé publique, modifié par Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 53 et 54. ; Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine

¹⁵ Circulaire du 4 février 1998 de la DGS relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle

Pour cela, il est prévu à partir du parcours de soins du patient douloureux chronique, publié dans les recommandations de la HAS de décembre 2008, actualisé et complété, de définir de nouvelles stratégies et organisations permettant de redonner une fluidité à ce parcours.

Le nouveau parcours doit reposer sur une approche intégrée en équipe, hiérarchisée en 3 paliers (soins en ville, consultation et centres), dans le cadre d'une collaboration optimale ville/SDC et dans le respect de l'instruction du 19 mai 2011 de la DGOS. Il doit s'appuyer sur : des SDC aux missions élargies ouvertes sur la ville, avec en particulier la télésanté (télé-expertises, téléconsultations et télésoins), les nouvelles organisations des soins en ville (équipe de soins primaires, maison de santé et communautés professionnelles territoriales de santé) et les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Ce parcours devra préciser au mieux et pour chacun des paliers (en distinguant ce qui relève de la ville, des consultations et des centres) : la typologie des patients, les professionnels concernés, les types actes et consultation réalisables, ainsi que les modalités et outils de communication et d'échanges entre les différents paliers.

Le patient doit pouvoir changer de palier, dans les deux sens, en fonction de l'évolution de sa situation clinique, psychologique ou sociale.

Les situations particulières des populations vulnérables ou dyscommunicantes devront être prises en compte : enfants, adolescents, personnes âgées, personnes handicapées et personnes souffrants de pathologies psychiatriques.

Afin de favoriser les soins en ville, seront proposés, à destination des médecins traitants, des outils d'aide à la prise en charge des principales douleurs chroniques ou catégories de douleurs chroniques, ainsi que des outils pour améliorer la communication et la coordination des soins entre le palier 1 et les paliers 2 et 3.

5.2. Des productions

- Une fiche parcours de soins ville/SDC du patient douloureux chronique.
- Des outils d'aide à la prise en charge des principales douleurs chroniques ou catégories de douleurs chroniques et des outils d'aide à la coordination des soins ville/SDC.

5.3. Des cibles

Cibles principales sont :

- Les médecins généralistes ou spécialistes libéraux en ville, mais aussi exerçant dans des établissements sanitaires ou des établissements médico-sociaux, amenés à prendre en charge des patients douloureux chroniques.
- Les médecins exerçant dans les SDC

Autres cibles :

- Tous les professionnels de santé, du médicosocial et du social, en ville, à l'hôpital et en établissement médico-social, prenant en charge des patients douloureux chroniques.
- Les patients atteints de douleurs chroniques et leurs proches.

5.4. Une méthode de travail

Il est proposé de réaliser ces travaux dans le cadre d'une **convention de partenariat entre la HAS, la Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD) et le Collège de médecine générale (CMG)**.

Cette convention de partenariat doit prévoir la nomination de deux responsables de projet, un pour chacune des deux institutions. Les deux responsables de projet, proposés par ces deux institutions, remplissent leur déclaration d'intérêts. Leurs déclarations d'intérêts sont examinées par la commission ad hoc de la HAS, qui doit valider leur candidature. Ils font parties du groupe de travail, et avec le chef de projet de la HAS, assurent le pilotage et à la rédaction des documents relatifs à ces travaux.

La méthode retenue pour ce travail est le [Guide méthodologique - Fiches points clés, organisation des parcours](#) de mai 2015. Cette méthode utilisée par la Haute Autorité de santé repose, d'un part, sur l'analyse et la synthèse critique de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des travaux. Elle nécessite la constitution d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture, ainsi qu'une consultation des parties prenantes et partenaires institutionnels au début et à la fin des travaux.

En plus d'une revue de la littérature internationale, seront étudiées les expériences remarquables améliorant l'accès aux soins des patients douloureux chroniques en France. Un benchmark des outils d'information et de coordination utilisés en France et à l'international sera aussi effectué.

Le groupe de travail est pluriprofessionnel et multidisciplinaire. Ces membres sont désignés à l'issue de l'examen de leur DPI par une commission ad hoc de la HAS.

Liste des spécialités (avec une pratique régulière dans la prise en charge de la douleur chronique)

- Médecin spécialiste de la douleur
- Médecin généraliste
- Médecin anesthésiste réanimateur
- Psychiatre
- Médecin de médecine physique et réadaptation
- Rhumatologue
- Neurologie
- Pédiatre
- Gériatre
- Pharmacien
- Infirmier
- Kinésithérapeute
- Psychologue
- Assistante sociale
- Représentant des patients

Le groupe de lecture peut comprendre une trentaine de membres. Ces membres ne sont pas soumis à déclaration d'intérêts.

Liste des spécialités (avec une pratique régulière dans la prise en charge de la douleur chronique)

- Médecin spécialiste de la douleur
- Médecin généraliste
- Médecin anesthésiste
- Psychiatre
- Médecin de médecine physique et réadaptation
- Rhumatologue
- Neurologie
- Pédiatre
- Pédopsychiatre
- Gériatre
- Médecin en soins palliatif
- Oncologue
- Médecin en médecine interne
- Médecin du travail
- Médecin scolaire
- Médecin coordinateur d'Ehpad
- Pharmaciens hospitaliers et d'officine
- Infirmier

- Kinésithérapeute
- Psychologue
- Assistante sociale
- Usager du système de santé

Liste des parties prenantes et partenaires institutionnels réunies le 25 juin 2019

Présents :

AUBRUN Frédéric	Société française d'étude et de traitement de la douleur
BLANCHET Véronique	Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
COLLET Catherine	Direction générale de la santé
CORNILLET-BERNARD Martine	Collège de la masso-kinésithérapie
DALLA-TORRE Jean-Michel	Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs
HALLOUCHE Nabil	Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale
HUE Gilberte	Collège infirmier français
KUJAS Paule	Caisse nationale d'assurance-maladie
LACOIN François	Collège de médecine générale
LE BAIL Morgane	Institut national du cancer
LE BOT Marie-Annick	Collège de Pharmacie
LE MOAL Mikaël	Direction générale de l'organisation des soins
PÉCAULT-CHARBY Rémi	Caisse nationale d'assurance-maladie
POUPLIN Sophie	Conseil national professionnel de rhumatologie
REYNAUD-LEVY Odile	Fédération de médecins coordonnateurs
RIBINIK Patricia	Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation
SICHERE Patrick	Conseil national professionnel de rhumatologie
SOUDANI Martine	Fédération de médecins coordonnateurs
VIEL Éric	Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation
WILTHIEN François	Union nationale des professionnels de santé
BOISERIE-LACROIX Laure	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

Excusés :

BONNET Francis	Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation
COLLET Catherine	Direction générale de la santé
HUE Gilberte	Collège infirmier français
ROUX Laurence	France Assos

5.5. Les risques

Le risque principal d'échec de ce projet est la non-adaptation de la fiche aux réalités du terrain.

5.6. Un calendrier prévisionnel.

Septembre 2019 : rédaction de la note de cadrage

Octobre 2019 : présentation de la note de cadrage au bureau de la HAS, à la Commission Recommandation, pertinence, parcours et indicateurs de la HAS et au Collège d'orientation de la HAS.

Novembre 2019 – année 2020 :

- Signature d'une convention de partenariat avec la SFETD et le CMG.
- Constitution du groupe de travail et du groupe de lecture. Analyse des déclarations d'intérêts par la commission ad hoc de la HAS.
- Revue systématique de la littérature et étude des expériences de terrain remarquables. Rédaction d'une note méthodologique et de synthèse documentaire, d'une fiche parcours et d'outils annexes.
- Présentation des documents à la Commission Recommandation, pertinence, parcours et indicateurs de la HAS.
- Présentation des documents au Collège d'information de la HAS
- Présentation des documents aux instances des Collèges professionnels partenaires, CMG et SFETD
- Présentation des documents au Collège délibératif de la HAS
- Publication des documents sur les sites internet de la HAS, de la SFETD et du CMG.