



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique

Descriptif de la publication

Titre	Parcours de santé de la personne douloureuse chronique
Méthode de travail	Guide méthodologique – Élaboration du guide et des outils parcours de santé pour une maladie chronique. HAS 2012.
Objectif(s)	Définir un parcours de santé qui permet un accès à des soins et à un accompagnement adaptés, individualisés et de qualité, dans des délais médicalement et éthiquement raisonnables aux personnes douloureuses chroniques sur l'ensemble du territoire français. Permettre aux professionnels de ville de prendre en charge en premier et second recours la personne douloureuse chronique et d'organiser son parcours, et aux SDC et aux services hospitaliers de spécialité de répondre aux besoins en recours ultérieur et en soutien. Renforcer les articulations ville-hôpital et développer des services d'interface et de e-santé au service du parcours de la personne douloureuse chronique. Réduire les délais d'attente pour une consultation spécialisée en SDC. Permettre aux usagers un accès à une prise en charge de la douleur chronique et faciliter leur implication dans celle-ci.
Cibles concernées	Les médecins et les autres professionnels de santé, ainsi que les autres intervenants et professionnels impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes présentant une douleur chronique, en ville et à l'hôpital.
Demandeur	Direction générale de l'Offre de soins et direction générale de la Santé
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS) Partenariat avec la SFETD et le CMG
Pilotage du projet	Chef de projet : Albert Scemama, service des bonnes pratiques professionnelles, unité parcours, pertinence et protocole de la HAS Chargés de projet : Gérard Mick pour la SFETD et Vladimir Druel pour le CMG Responsable de l'unité parcours, pertinence et protocole : Valérie Ertel-Pau Chef du service des bonnes pratiques : Pierre Gabach Assistante du projet : Isabelle Le-Puil
Recherche documentaire	Documentaliste : Marina Rennesson Assistante documentaliste : Maud Lefèvre Chef du service documentation – veille : Frédérique Pagès
Auteurs	Dr Albert Scemama, Dr Gérard Mick, Dr Vladimir Druel et les membres du groupe de travail
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 11 janvier 2023
Actualisation	
Autres formats	Documents compagnons : Grille d'évaluation d'une douleur chronique ou à risque de chronicisation en soins primaires ; Auto-questionnaire d'une personne douloureuse chronique en soins primaires ; Formulaire d'adressage à une consultation ou un centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique par les soins primaires.

Sommaire

La saisine de la HAS	6
Avis des parties prenantes	7
Les participants à la réunion du groupe des parties prenantes	7
Extrait du compte rendu de la réunion des parties prenantes	1
Extrait de la note de cadrage	3
Les productions de la HAS	3
Les objectifs du travail	3
Les productions envisagées	4
Cibles professionnelles	4
Risques et conditions de réussite	4
Méthode d'élaboration	5
Méthode de travail	5
Actions de communication	7
Le groupe de travail	8
Les experts du groupe de travail	8
Le groupe de lecture	9
Les participants au groupe de lecture	9
1. La douleur et la douleur chronique	10
1.1. La douleur, définitions et classification	10
1.1.1. Les définitions	10
1.1.2. Trois catégories de douleur, selon leur mécanisme physiopathologique	14
1.1.3. La classification internationale des maladies CIM-11 et les douleurs chroniques	15
1.2. La douleur chronique	18
1.2.1. Les trois composantes de la douleur chronique	18
1.2.2. Le processus de chronicisation de la douleur	18
1.2.3. Le modèle biopsychosocial de la douleur chronique	19
1.2.4. Le cas de la douleur d'une pathologie cancéreuse en soins palliatifs et d'accompagnement	24
1.2.5. Le modèle thérapeutique centré sur la réadaptation	25
1.2.6. Les modèles de gestion des maladies chroniques	26
2. Les stratégies de gestion de la douleur chronique à l'international	30
2.1. L' <i>International Association for the Study of Pain</i>	30
2.1.1. La prise en charge de la douleur, un droit humain	30
2.1.2. Les délais d'attente pour un traitement adapté	32
2.2. Les stratégies nationales de gestion de la douleur chronique à l'étranger	33

2.2.1. Le Québec	33
2.2.2. La <i>Veterans Health Administration</i> aux États-Unis	38
2.2.3. L'Australie	40
2.2.4. La Belgique	41
2.2.5. L'Écosse	48
2.2.6. Les États-Unis	60
2.2.7. L'Allemagne	66
2.2.8. Le Royaume-Uni	69
2.2.9. Les recommandations du <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> de 2021, Royaume-Uni	72
3. La stratégie nationale de gestion de la douleur chronique en France	83
3.1. Un enjeu majeur de santé publique	83
3.1.1. La situation en France	83
3.1.2. Les délais d'attente pour une première consultation en SDC	84
3.2. Soulager la douleur – la législation en France	84
3.2.1. Un droit pour les personnes	84
3.2.2. Un devoir pour les soignants	85
3.3. Les professionnels et organisations et leurs missions	85
3.3.1. Les professionnels du parcours	85
3.3.2. Les pratiques avancées en ville et à l'hôpital	95
3.3.3. Les organisations en exercice coordonné de soins	98
3.3.4. Les fonctions d'appui à la coordination	103
3.3.5. Les protocoles de coopération	104
3.4. Information et partage de l'information	105
3.4.1. Information et secret médical partagé	105
3.4.2. Dossiers partagés et outils de coordination	107
3.5. La télésanté et le parcours douleur	109
3.5.1. Définitions	109
3.5.2. Télémédecine – la législation en France	109
3.5.3. Télémédecine et douleur – éléments de la littérature	111
3.6. Le parcours douleur chronique à l'hôpital et les structures spécialisées en douleur chronique – la législation en France	112
3.7. Une politique nationale de lutte contre la douleur en France	122
3.7.1. Les plans de lutte contre la douleur en France	122
3.7.2. Les autres organisations de lutte contre la douleur	124
3.7.3. Les rapports et recommandations sur la prise en charge de la douleur en France	126
3.7.4. Le parcours du patient douloureux chronique – les productions de la Haute Autorité de santé	135
3.7.4.1. La première évaluation du patient douloureux chronique en ambulatoire	135
3.7.4.2. Le recours à une structure spécialisée douleur chronique	138

Stratégie de recherche documentaire	141
Références bibliographiquesRéférences bibliographiques	145
Abréviations et acronymes Abréviations et acronymes	152

La saisine de la HAS

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 ».

Au-delà de l'enquête observationnelle réalisée par la HAS en 2009 et des référentiels de prises en charge médicales disponibles par type de population (enfants, personnes âgées) ou par type de pathologie douloureuse, produits par la HAS et/ou la Société française d'évaluation et d'étude de la douleur (SFETD), 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 de patients externes entre structures de recours et ville ;
- et, sur une expertise médicale partagée, une ou des typologies de prise en charge (typologies d'actes et de consultations) réalisables en consultation ou centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique (structure douleur chronique – SDC) auprès des patients externes, typologies qui permettraient de justifier et d'homogénéiser les allocations de ressources vers les SDC.

La DGOS relève actuellement deux problématiques.

1. Un processus de prise en charge en 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 ;
 - dans les ratios entre file active et nombre de consultations réalisées. Cette variabilité dénote une hétérogénéité dans la répartition des prises en charge entre SDC et relais en ville ;
 - dans 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 ;
 - dans les délais d'attente pour une première consultation qui, dans certaines SDC, peuvent atteindre les 8 mois.
2. Un relais de la prise en charge par la ville et la pertinence des soins, avec une variabilité du ratio file active/nombre de consultations en SDC 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 relais en soins primaires peut induire une surconsommation de ressources et une saturation des SDC, impactant les délais d'attente en première consultation.

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

- standardiser les pratiques en SDC ;
- standardiser les relations entre recours (SDC) et relais en ville et donc d'optimiser le rôle des SDC et la pertinence de l'adressage des patients vers l'un et l'autre, actuellement variable ;
- optimiser le financement des SDC à travers une meilleure allocation de la dotation MIGAC (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.

Les enjeux pour la DGOS sont d'ordre professionnel – avec une meilleure structuration des parcours de soins et une amélioration des pratiques, et pour les usagers, une plus grande implication dans les soins et un accès facilité à une prise en charge adaptée –, mais sont aussi politiques, financiers et de santé publique.

Avis des parties prenantes

Les participants à la réunion du groupe des parties prenantes

Les parties prenantes présentes

AUBRUN Frédéric, Société française d'étude et de traitement de la douleur

BLANCHET Véronique, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

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

KUJAS Paule, Caisse nationale d'assurance maladie

LACON 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'Offre de 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

Les parties prenantes excusées

BONNET Francis, Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation

COLLET Catherine, direction générale de la Santé

HUE Gilberte, Collège infirmier français

ROUX Laurence, France Assos

Extrait du compte rendu de la réunion des parties prenantes

Le groupe des parties prenantes a été réuni le 25 juin 2019 à la HAS. Il a émis des avis sur des points clés du parcours : le repérage de la douleur, l'interface ville/hôpital, les outils et les financements.

1. Améliorer le repérage

La douleur aiguë fait le lit de la douleur chronique. Les travaux devraient traiter du repérage précoce et du traitement précoce de la douleur aiguë, en particulier post-chirurgicale.

Le repérage de la douleur et de la douleur chronique devrait mobiliser l'ensemble des acteurs de soins à l'hôpital et en ville, et en particulier le médecin traitant. Les pharmaciens d'officine pourraient jouer un rôle important dans le repérage de la douleur et du mésusage des antalgiques, en particulier des morphiniques, et dans l'information des patients. Un mini-questionnaire de repérage de la douleur chronique en ville pourrait être utile.

2. Structurer et fluidifier le parcours

La réduction de la saturation des SDC, la fluidification des parcours ville/SDC et la réduction des délais d'attente pour une première consultation en SDC nécessitent d'agir en amont et en aval des SDC et dans les SDC. Les systèmes de coupe-file sont aujourd'hui insuffisants.

En amont, il est nécessaire de pouvoir repérer les patients complexes relevant d'une SDC et ceux moins complexes pouvant être pris en charge en ville. La typologie de ces patients devrait être précisée.

Il est nécessaire d'améliorer les organisations pour la prise en charge du patient douloureux chronique en ville, en soins de premier et de second recours, afin de prendre en charge en ambulatoire des patients avec un certain degré de complexité, qu'il reste à définir. Cette complexité pouvant être prise en charge en ville va dépendre des ressources locales, mais aussi du degré d'organisation et de coordination des acteurs de terrain.

Le médecin traitant doit renforcer ses liens avec les infirmiers, les paramédicaux, dont les kinésithérapeutes, ainsi qu'avec les psychologues libéraux, pour être à même de réaliser le bilan et la prise en charge pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle d'un patient douloureux chronique complexe en ville. Il doit pouvoir faire appel et coordonner son action avec les psychiatres et avec les autres spécialistes de second recours en ville, en fonction de la pathologie traitée. Il peut solliciter des professionnels hospitaliers, en particulier les médecins de soins de suite et réadaptation ou faire intervenir un service d'hospitalisation à domicile (HAD). Il doit pouvoir recourir à l'expertise et au soutien des médecins spécialistes de la douleur des SDC.

La prise en charge en ville de patient complexe nécessite une meilleure collaboration entre les professionnels de santé et une meilleure coordination des soins. La constitution en ville des **équipes de soins primaires, des maisons de santé pluriprofessionnelles et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** devrait faciliter localement la prise en charge et la coordination des soins aux patients douloureux chroniques en ambulatoire.

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) apportent de l'information aux professionnels sur les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leur territoire. Les « gestionnaires de cas » aident à la coordination des interventions pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient. Ils ont un rôle à jouer dans le soutien aux professionnels de santé, en particulier au médecin traitant, dans l'organisation du parcours de santé du patient douloureux complexe.

Les réseaux de santé douleur, lorsqu'ils existent dans la région, apportent une aide au médecin traitant pour l'évaluation et la prise en charge des patients douloureux chroniques complexes en ville. Ils peuvent aider à la coordination des soins avec des gestionnaires de cas. Certains de ces réseaux peuvent fournir aux patients douloureux chroniques des prestations non remboursées par l'assurance maladie dans le cadre de leur dotation.

Le médecin coordonnateur en Ehpad, le médecin du travail, médecin de la Cnam peuvent être appelés à s'impliquer dans les prises en charge des patients douloureux chroniques complexes.

Les SDC doivent s'organiser pour soutenir les médecins traitants pour l'évaluation et le traitement des patients douloureux chroniques complexes pouvant être pris en charge en ville. Une hotline ou une télé-expertise avec un médecin spécialiste de la douleur, des algorithmes de prise en charge des douleurs chroniques, des formulaires de demande de consultation ou de demande de télé-expertise sont autant d'outils facilitant la prise en charge en ville de patients douloureux chroniques complexes.

Les consultations avancées et les équipes mobiles douleur extrahospitalières en institutions médico-sociales, en maisons de santé pluriprofessionnelles ou dans les hôpitaux de proximité sont des possibilités.

Les équipes mobiles douleur et les infirmières de pratiques avancées devraient être promues en intra-hospitalier, en particulier au service d'accueil d'urgence.

Les CLUD devraient conventionner avec les SDC et les institutions médico-sociales. Les organisations **inter-CLUD** devraient être favorisées avec le développement des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

3. Développer et valoriser des outils

Le dossier médical partagé (DMP) et le dossier pharmaceutique (DP) devraient faciliter la diffusion de l'information entre les différents acteurs du parcours douleur.

Un annuaire des SDC précisant leur spécialisation éventuelle et leurs ressources thérapeutiques devrait être mis en ligne pour améliorer l'adressage des patients de ville ou leurs transferts entre SDC. En effet, bien que réglementairement les SDC soient censées prendre en charge tous les types de patients douloureux chroniques, il existe une grande hétérogénéité des ressources et des pratiques au sein des SDC, avec parfois une expertise particulière dans certains domaines pathologiques. Le répertoire actuel des SDC en France, édité et mis à jour par la DGOS, n'indique pas les spécificités de ces structures.

D'autres outils facilitent la communication entre les acteurs du parcours, dont ceux en lien avec la télésanté décrits précédemment (algorithmes, formulaires, etc.).

4. Consolider les financements

Une revalorisation des actes pour la prise en charge complexe d'un patient douloureux chronique en ville est une question à aborder. L'éducation thérapeutique devrait être développée à l'hôpital, mais aussi en ville. La prescription du TENS (neurostimulation électrique transcutanée) en ville devrait être simplifiée.

Les modalités de financement des consultations avancées et des équipes mobiles douleur extrahospitalières sont à préciser.

Les SDC sont fragilisés. Leurs moyens devraient être consolidés et leurs missions au sein du parcours ville/hôpital précisées et financées.

Extrait de la note de cadrage

Les productions de la HAS

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.

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-structuré et des échelles et questionnaires d'auto-évaluation validés explorant les différentes dimensions de la douleur chronique (1).

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'hétéroévaluations 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 (2).

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 quatre étapes (3) :

- 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) ;
- 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 2 900 fiches patient 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 (4).

Les objectifs du travail

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.

Les productions envisagées

- 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.

Cibles professionnelles

Les 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 personnes douloureuses chroniques ;
- les médecins exerçant dans les SDC.

Autres cibles :

- tous les professionnels de santé, du médico-social et du social, en ville, à l'hôpital et en établissement médico-social, prenant en charge des patients douloureux chroniques ;
- les personnes atteintes de douleurs chroniques et leurs proches.

Risques et conditions de réussite

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

Méthode d'élaboration

Méthode de travail

Ce travail est réalisé dans le cadre d'une convention de partenariat signée d'une part par la HAS (Haute Autorité de santé) et d'autre part par le CMG (Collège de médecine générale) et la SFETD (Société française d'étude et de traitement de la douleur).

Ce travail est piloté par le Dr Albert SCEMAMA, chef de projet du service des bonnes pratiques (SBP) de la HAS, avec la collaboration de deux chargés de projet : le Dr Vladimir DRUEL (médecin généraliste) et le Dr Gérard MICK (neurologue et algologue), proposés respectivement par le CMG et la SFETD.

La recherche bibliographique est réalisée par le service de la documentation de la HAS par Marina RENNESSON, documentaliste, et Maud LEFEVRE, assistante-documentaliste.

Ce travail est précédé par une réunion des parties prenantes et la rédaction d'une note de cadrage validée par le Collège de la HAS.

La méthode retenue pour l'élaboration des documents est le [Guide méthodologique HAS, élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique](#), avril 2012.

Selon cette méthode, le guide du parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique comporte la description de la démarche diagnostique, le cas échéant le repérage précoce de la maladie, la prise en charge thérapeutique et le suivi. Il comprend l'ensemble du parcours de soins d'un patient et notamment les articulations entre les professionnels, y compris les interfaces ville/hôpital et médico-sociales, en différenciant : * les professionnels impliqués dans la prise en charge générale s'inscrivant dans la durée, habituellement le médecin généraliste, les soignants paramédicaux (infirmier ou autre), le pharmacien, ** les professionnels intervenant dans des situations spécifiques : autres médecins ou paramédicaux spécialisés dans la prise en charge de certaines maladies chroniques, *** et les professionnels intervenant dans l'hospitalisation incluant l'hospitalisation à domicile.

Le guide parcours de soins ne développe pas les prises en charge relevant d'un plateau technique hautement spécialisé et/ou de soins hospitaliers. Il identifie les points critiques : éléments déterminants pour la qualité d'une prise en charge et qu'il est nécessaire de maîtriser. Les points critiques peuvent concerner des éléments de pratique ou des situations d'interfaces entre les professionnels. Une attention particulière doit être portée à ceux qui font l'objet de dysfonctionnements fréquents.

Le guide est accompagné : * d'une synthèse des points critiques du parcours qui comporte également les principales figures et tableaux de la stratégie thérapeutique et du suivi, ** et d'un schéma du parcours du patient décrivant les professionnels concernés aux différentes étapes de la prise en charge.

Les principales étapes d'élaboration du parcours de la personne douloureuse chronique

1. Une analyse de la littérature

Un argumentaire est rédigé par le chef de projet en collaboration avec les deux chargés de projet, à partir d'une analyse de la littérature portant principalement sur les recommandations et référentiels de bonne pratique autour de la prise en charge de la douleur chronique, et sur les organisations développées en France et à l'étranger pour la prise en charge des patients atteints de douleur chronique. Des recherches complémentaires ciblent les outils développés en France et à l'étranger pour améliorer le parcours des patients atteints de douleurs chroniques.

2. Le groupe de travail

Les experts du groupe de travail remplissent une déclaration d'intérêts. Ces déclarations d'intérêts ont été analysées en « liste B », les traitements médicamenteux et non médicamenteux n'étant pas abordés.

Un groupe de travail comportant vingt-trois experts, professionnels et usager, est constitué. Il est représentatif des professionnels impliqués dans le parcours et comporte un usager. Les professionnels de santé sont expérimentés dans la prise en charge usuelle de la maladie ciblée, notamment pour discuter des modalités d'organisation et de coordination entre les professionnels impliqués aux différentes étapes du parcours.

Le chef de projet veille à ce que la composition du groupe de travail assure une représentation équilibrée : principales professions de santé mettant en œuvre les prises en charge étudiées ; médecins spécialistes et médecins généralistes, modes d'exercice (public, universitaire ou non, libéral, exercices isolés ou en équipes constituées, en réseau, etc.), origines géographiques des intervenants, et tout autre participant au parcours au regard de la maladie concernée : professionnels du domaine médico-social ou social, médecin du travail, médecin des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et médecin coordonnateur des établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), etc.

Les experts du groupe de travail se réunissent et, à partir des éléments de littérature, de leurs connaissances et de leurs expériences professionnelles, définissent les différentes étapes du parcours, les professionnels impliqués, les profils des patients concernés et les outils utiles à ce parcours.

Le chef de projet, en collaboration avec les deux chargés de projet, rédige la note argumentaire, le guide parcours, la fiche de synthèse et les autres outils complémentaires.

3. Le groupe de lecture

Il n'est pas exigé de déclaration d'intérêts pour les membres de ce groupe.

Les experts du groupe de lecture sont recrutés selon les mêmes principes de recrutement que le groupe de travail. Ils émettent un avis sur les documents. Ces avis sont résumés dans la note argumentaire. Ils ont été sollicités sur la période de septembre à octobre 2022. Ces avis sont discutés et validés par les experts du groupe de travail.

4. La commission et le Collège de la HAS

Les documents validés par le groupe de travail seront présentés pour avis à la commission des recommandations, pertinences, parcours et indicateurs (CRPPI) de la HAS, le 22 novembre 2022.

Ces documents seront présentés pour avis au collège d'orientation et d'information (COI) de la HAS le 7 décembre 2022.

Dans le cadre de la convention de partenariat avec la CMG et la SFETD, les documents finalisés feront l'objet d'une validation et d'une adoption par les instances représentatives des sociétés savantes partenaires.

Ces documents seront ensuite présentés au Collège délibératif (CD) de la HAS le 12 janvier 2023 pour adoption.

Les documents adoptés seront publiés en version électronique sur le site de la HAS et sur les sites de la SFETD et du CMG.

Actions de communication

Pour la HAS, plusieurs actions de communication sur ces travaux peuvent être envisagées :

- la réalisation d'un communiqué de presse accompagnant la mise en ligne des documents ;
- un numéro spécial du webzine ;
- la présentation de ces travaux à des congrès, colloques ou tables rondes, en particulier organisés par ses partenaires, le CMG et la SFETD.

Les partenaires s'engagent à diffuser et promouvoir ces documents auprès de leurs adhérents et plus largement à l'ensemble des professionnels concernés.

Le groupe de travail

Les experts du groupe de travail

Mme Marie-Alix ALIX, pharmacienne, Wasselonne

Dr Philippe BARGMAN, médecin inspecteur de santé publique, ARS Pays-de-Loire, Nantes

Dr Emmanuel BOCHET, gériatre et algologue, Voiron

Dr Philippe BOISNAULT, médecin généraliste, Magny-en-Vexin

Dr Christophe CARTON, médecin généraliste, Montdidier

Mme Séverine CONRADI, psychologue, Nancy

Mme Nathalie DEPARIS, usager du système de santé

Dr Sophie DUGUE, pédiatre

Dr Élise FERTOOUT-AHAROUNI, médecin généraliste et algologue, Paris

Dr Élisabeth FOURNIER-CHARRIERE, pédiatre et algologue, Paris

Dr Léa GUICHARD, anesthésiste et algologue, Garches

Dr Christophe JALLAMION, médecin du travail

Mme Évelyne MALAQUIN-PAVAN, infirmière

Dr Xavier MOISSET, neurologue, Clermont-Ferrand

M. Thomas OSINSKI, masseur-kinésithérapeute,

Dr Virginie PIANO, médecin généraliste et algologue, Draguignan

Dr François RANNOU, médecine physique et de réadaptation, rhumatologue, Paris

Dr Éric SERRA, psychiatre,

Dr Pierre TAJFEL, médecin généraliste et algologue, Versailles

Mme Anaïs VARLET-BECU, infirmière

Dr Chantal WOOD, pédiatre

Dr Gérard MICK, neurologue et algologue, Chargé de projet HAS désigné par la SFETD, Saint-Denis

Dr Vladimir DRUEL, médecin généraliste et algologue, Chargé de projet HAS désigné par le CMG, Saint-Denis

Dr Albert SCEMAMA Chef de projet HAS, Saint-Denis

Les experts du groupe de travail remplissent une déclaration d'intérêts. Ces déclarations d'intérêts ont été analysées en « liste B », les traitements médicamenteux et non médicamenteux n'étant pas abordés.

Le groupe de travail est piloté par le Dr Albert SCEMAMA, chef de projet du service des bonnes pratiques (SBP) de la HAS, avec la collaboration de deux chargés de projet : le Dr Vladimir DRUEL (médecin généraliste) et le Dr Gérard MICK (neurologue, algologue) proposés respectivement par le CMG et la SFETD, dans le cadre d'un partenariat avec la HAS.

Les experts du groupe de travail se sont réunis en vidéoconférence les 22/06/21, 22/10/21, 26/11/21, 04/01/22, 15/02/22 et 27/09/2022 pour l'élaboration des documents, à partir des éléments de littérature, de leurs connaissances et de leurs expériences professionnelles.

Le groupe de lecture

Les participants au groupe de lecture

Les collèges, sociétés savantes et associations suivants ont été sollicités pour proposer un (ou des) expert(s) au groupe de lecture

Collège infirmier français	Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
Collège de médecine générale	Conseil national professionnel de psychiatrie
Conseil professionnel national d'anesthésie réanimation	Fédération française de psychiatrie
Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation	Conseil national professionnel de rhumatologie
Institut national du cancer	Association française d'urologie
Société française d'accompagnement et de soins palliatifs	Conseil national professionnel d'hépatogastro-entérologie
Société française d'étude et de traitement de la douleur	Association francophone pour vaincre les douleurs (usagers)
Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale	Société française des médecins de l'Éducation nationale
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	Société française de stomatologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie orale
Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique et gynécologie médicale	Conseil national professionnel de chirurgie maxillo-faciale, de stomatologie et de chirurgie orale médicale
Conseil national professionnel de pédiatrie	Collège de la masso-kinésithérapie
Conseil national professionnel de gériatrie	Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs
Conseil national professionnel de la médecine du travail	

Les experts du groupe de lecture

Pr Éric VIEL, anesthésiste réanimateur, algologue, Nîmes	Dr Catherine MOREAU-COLSON, médecin du travail
Dr Sébastien SCHITTER, médecine physique et de réadaptation	Dr Florian BAILLY, médecin rhumatologue, algologue, Paris
Dr Évelyne RENAULT-TESSIER, oncologue, soins de support et algologue, Paris	Dr Jean-Nicolas CORNU, urologue
Dr Ségolène PERRUCHIO, médecin de soins palliatifs	Dr Jean-Marc SABATE, gastro-entérologue
Dr Sylvie ROSTAING, anesthésiste-réanimateur, algologue	Dr Frédérique CHARASSON, médecin de l'Éducation nationale, Versailles
Dr Frédérique GIGNOUX-FROMENT, psychiatre, Clamart	M. Vincent KUNTZ, pharmacien
Dr Xavier FRITEL, gynécologue-obstétricien, Poitiers	M. Charles QUESADA, masseur-kinésithérapeute
Dr Patrick FOURNET, gynécologue-obstétricien	M. Laurent ROUSSEAU, masseur-kinésithérapeute
Dr Élisabeth FOURNIER-CHARRIÈRE, pédiatre	Mme Isabelle SANSELME, infirmière, MSCI spécialité gérontologie
Dr Françoise CAPRIZ, gériatre, Nice	Mme Danièle CHAUMIER, infirmière stomathérapeute
Dr Yves PASSADORI, gériatre	Mme Marie-Pierre HOMERIN, infirmière, Privas
Dr Céline ORSET, médecin du travail, Morez	M. Maxence GAL, infirmier, Sanary-sur-Mer

Les experts du groupe de lecture ne remplissent pas de déclaration d'intérêts. Ils donnent un avis sur les documents. Les avis sont analysés par les experts du groupe de travail.

1. La douleur et la douleur chronique

1.1. La douleur, définitions et classification

1.1.1. Les définitions

La douleur est définie par l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) comme : une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle (5).

En 1979, la douleur avait été définie par l'IASP comme : une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes (Merksey, 1979 (6)). Cette définition adoptée en 1986 par l'OMS soulignait le caractère subjectif et personnel de la douleur, dont les composantes perceptives et émotionnelles sont profondément intriquées, et dont l'absence de lésion tissulaire objectivable ne doit pas remettre en cause la réalité.

La définition révisée par l'IASP de 2020 (7) et reprise dans la classification internationale des maladies (CIM-11) de l'OMS (8) ajoute le mot « ressemblant à » pour souligner que l'absence de verbalisation et la difficulté à communiquer n'excluent pas qu'un être humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.

La douleur est à distinguer de la **souffrance** qui est un sentiment de « mal-être ». De façon simplifiée, le patient exprime sa douleur par « j'ai mal » et sa souffrance par « je suis mal ».

La douleur est à distinguer de la **nociception** qui est la transmission et l'intégration des stimuli nociceptifs qui ne donnent pas nécessairement lieu à une expérience douloureuse. Réciproquement, une douleur peut survenir en l'absence de stimulus nociceptif, par exemple lors d'une pathologie neurologique.

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, c'est-à-dire soulager la douleur et traiter l'affection causale. Les diagnostics d'urgence doivent être recherchés (drapeaux rouges).

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 chronicisation (drapeaux jaunes). Une prise en charge pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire doit être proposée suffisamment tôt, dès que le risque de chronicité apparaît élevé, en particulier en cas d'évolution défavorable de la douleur ou en présence de drapeaux jaunes.

La douleur chronique

La douleur chronique n'a pas de finalité biologique et a des répercussions délétères chez le patient. Elle est une source importante de handicap, de souffrance et de dégradation de la qualité de vie. Sa prise en charge est essentiellement réadaptative (mieux vivre avec sa douleur).

Aujourd'hui, l'IASP (7) et l'OMS (8) ont donné à la douleur chronique une définition unique et reconnue à l'international.

La douleur chronique est une douleur qui persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois.

Cette définition, reprise dans la classification internationale des maladies (CIM-11) (8), est basée sur la durée. Le seuil de 3 mois est arbitraire, mais cohérent avec les délais habituels de guérison des

maladies. Elle a l'avantage sur l'ancienne définition de l'IASP de donner au clinicien un seuil d'alerte raisonnable.

Avant cela, de nombreuses définitions avaient été données à la « douleur chronique » qui ont évolué avec le temps. De plus, est apparu dans la littérature le terme de « syndrome douloureux chronique », concept qui tente de souligner la complexité du phénomène douloureux chronique, au-delà de sa simple durée. Il a lui-même de nombreuses définitions.

L'IASP a donné une première définition de la douleur chronique (9) : « une douleur qui persiste au-delà du délai habituel de cicatrisation (ou persistante au-delà du délai normal de guérison), habituellement 3 mois ». Cette définition prend en compte à la fois la durée et le caractère approprié de sa persistance.

En 1999, l'Anaes (1) a proposé la définition suivante de la douleur chronique : « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne ».

En 2011, la DGOS (direction générale de l'Offre de soins), dans son [instruction DGOS/PF2 n° 2011-188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique](#) (10)(3)(3), donnait la définition suivante (11) :

« La douleur chronique est définie comme un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Elle existe dès lors que la personne affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.

Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie, son intensité et son origine, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence ;
- durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- réponse insuffisante au traitement ;
- retentissement émotionnel ;
- détérioration significative et progressive, du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans les activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

La douleur chronique peut être accompagnée :

- de manifestations psychopathologiques ;
- d'une demande insistante du patient de recours à des médicaments ou des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à le soulager ;
- d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation. »

En 2022, la DGOS (12) dans son [instruction n° DGOS/MQP/2022/191 du 21 juillet 2022 relative à l'organisation de l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2023, et à leur activité 2022](#), a repris cette même définition.

Cette définition prend en compte à la fois la durée et le caractère approprié ou non de la douleur, mais aussi ses retentissements psychosociaux pour la personne. Elle se rapproche de la définition de ce qui est décrit dans la littérature comme le « syndrome douloureux chronique ».

Le syndrome douloureux chronique

En 2005, Sanders (13) a défini le syndrome douloureux chronique comme présentant les caractéristiques suivantes :

- « Une plainte de douleur persistante ou récurrente,
- qui persiste plus longtemps que normalement pour l'affection causale (ou est associée à une maladie chronique) ;
- n'a pas bien répondu à un traitement approprié ;
- et 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. »

Selon l'*American Medical Association (AMA)*, le syndrome de douleur chronique existe lorsque le patient présente plusieurs des conditions suivantes (3) (3) :

- « Une douleur persistante ou récurrente,
- durant au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, ou étant associée à un processus pathologique intermittent ou chronique ;
- répondant mal au traitement médical et/ou invasif approprié ;
- accompagnée d'une altération significative et durable du statut fonctionnel.

Il peut également y avoir dysthymie et/ou angoisse/hostilité, mais ce n'est pas nécessaire au diagnostic. »

Selon l'*American Society of Anesthesiologists* : le syndrome de douleur chronique remplit au moins deux des conditions suivantes (3) :

- « Une régression significative et progressive de la capacité fonctionnelle et relationnelle dans les activités de la vie journalière, au domicile comme au travail ;
- une demande excessive de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives tout en reconnaissant leur inefficacité à soulager ;
- un trouble de l'humeur (dépression, anhédonie, etc.) ;
- un sentiment de révolte et de revendication ou au contraire de résignation et d'impuissance, souvent accompagné d'une hostilité envers les soignants, traduisant l'incapacité de s'adapter à la situation. »

L'Organisation mondiale de la santé dans sa classification internationale des maladies CIM-11 (8) utilise le terme de « syndromes douloureux chroniques secondaires » pour exprimer le fait que la douleur peut initialement être considérée comme un symptôme de la maladie sous-jacente, même si celle-ci peut persister ou non après guérison de la maladie du patient.

NB. Afin d'éviter toute confusion, le guide parcours de santé de la HAS n'utilise pas le terme de « syndrome douloureux chronique » mais de « douleur chronique », sauf lorsqu'elle fait référence à la CIM-11.

La douleur rebelle et la douleur réfractaire

En 1998, la DGS (direction générale de la Santé), dans sa circulaire du 4 février relative à l'identification de structure de lutte contre la douleur chronique rebelle (14), a donné une définition administrative à la douleur rebelle : « une douleur rebelle aux traitements antalgiques usuels qui évolue depuis au moins 6 mois ».

En 2008, la HAS, dans ses recommandations Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient (3), considérait que le terme de douleur rebelle ne devait pas

être employé, en dehors des textes réglementaires qui l'utilisent. Elle écrivait que : « Le terme rebelle utilisé dans l'expression douleur chronique rebelle devait être évité car cette qualification est ambiguë, faisant référence à de nombreuses notions telles que la sévérité de la douleur, les difficultés de son évaluation ou de son traitement, une résistance aux traitements usuels et ce, quelle que soit sa pertinence dans le cadre de la définition administrative relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. Ce terme n'apporte rien à la définition de la douleur chronique et à la décision médicale, et induit pour certains un jugement de valeur porté sur le patient. »

En 2020, la HAS, dans le guide du parcours de soins Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (15), considérait qu'une souffrance est dite réfractaire si « tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés ont été proposés et/ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté par le patient, ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables, ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable pour le patient. Le patient est le seul à pouvoir apprécier le caractère insupportable de sa souffrance, des effets indésirables ou du délai d'action du traitement ».

En 2020, la HAS, dans Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'à la fin de vie (16), donnait les définitions suivantes :

- « Une douleur rebelle est définie comme une douleur n'ayant pas répondu aux thérapeutiques habituelles mais pour laquelle des solutions antalgiques peuvent encore exister.
- Cette douleur est qualifiée de réfractaire lorsque tous les traitements antalgiques qui font l'objet de cette recommandation ne sont pas efficaces ou ne sont pas utilisables. »

Il est aussi dit dans ce document :

- « Une douleur rebelle est une douleur qui résiste à un premier traitement opioïde (antalgique de palier III). Cette douleur rebelle sera alors traitée selon la stratégie suivante : (1) Changement d'opioïde : on change d'opioïde ou de voie d'administration ; (2) Co-antalgie : par exemple l'association kétamine et opioïde ; (3) analgésie locorégionale : blocs périphériques, antalgie intrathécale, analgésie péridurale.
- Si la douleur rebelle résiste à toutes ces tentatives de traitement, on peut alors la qualifier de douleur réfractaire. Dans ce cas, on devra mettre en œuvre une sédation profonde, qui restera proportionnée et transitoire si le patient n'est pas en fin de vie, ou qui sera continue, maintenue jusqu'au décès si le patient est en fin de vie (décès attendu dans les quelques heures ou quelques jours). »

On peut noter que cette définition de la douleur réfractaire ne fait pas référence à certaines techniques invasives antalgiques, telles que la stimulation médullaire, les techniques de radiologie interventionnelle (vertébroplasties et cimentoplasties, embolisation percutanée à l'éthanol, radiofréquence, embolisations endovasculaires et chimio-embolisation), les techniques neurochirurgicales stéréotaxiques, etc., ni ne prend en compte les techniques antalgiques à venir.

En 2020, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), dans son guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (17) définit une douleur chronique réfractaire comme : « ne répondant pas aux traitements conventionnels recommandés et conduits conformément aux règles de bonnes pratiques, et ne permettant pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur, ni une qualité de vie acceptable pour le patient, et/ou occasionnant des effets indésirables intolérables et incontrôlables... Une douleur chronique réfractaire peut nécessiter une hospitalisation pour un avis diagnostique pluriprofessionnel et/ou une prise en charge thérapeutique spécifique nécessitant des compétences particulières : traitements médicaux invasifs ou traitements médicaux nécessitant une surveillance particulière, actes de radiologie

interventionnelle, actes d'infiltration ou d'analgésie locorégionale, actes chirurgicaux, traitements non médicamenteux associés... ».

La classification internationale des maladies (CIM-10) code la douleur chronique irréductible (R52.1) sans en donner de définition et la classe parmi les douleurs « ne pouvant être rapportées à un seul organe ou une seule partie du corps » (3) (18).

La terminologie douleur chronique rebelle ne correspond à aucune définition de la littérature médicale internationale et la **dénomination anglo-saxonne *untractable pain*** (douleur intraitable) correspond à un sens différent et est souvent traduite en français indifféremment en rebelle ou réfractaire (3).

Ainsi, il n'y a pas de définitions consensuelles de la douleur chronique rebelle et de la douleur chronique réfractaire. Ces définitions varient avec le temps et avec le contexte médical : soins palliatifs et douleurs chroniques cancéreuses, ou algologie et douleurs chroniques non cancéreuses.

- En soins palliatifs, le terme de « réfractaire », pour la souffrance ou pour la douleur, est utilisé le plus souvent pour renvoyer aux indications de la sédation.
- Chez les algologues, ce terme de « réfractaire », pour la douleur, est beaucoup moins usité, et souvent comme un synonyme de « rebelle ».

Les experts réunis par la HAS pour ce travail proposent de retenir les définitions suivantes.

Une douleur rebelle est une douleur qui ne répond pas aux traitements conventionnels recommandés et conduits conformément aux règles de bonnes pratiques (ou aux traitements habituels bien conduits), c'est-à-dire sans obtention d'un soulagement satisfaisant et durable de la douleur ou une qualité de vie acceptable pour le patient ou avec des effets indésirables intolérables et/ou incontrôlables.

Des solutions antalgiques peuvent encore exister. Ces douleurs nécessitent, le plus souvent, une prise en charge pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire par une structure spécialisée en douleur chronique, en collaboration avec le médecin traitant.

NB. Cette définition intègre les notions « de soins habituels ou de traitements conventionnels » qui peuvent être amenés à varier avec les pratiques médicales des médecins en ville en exercice coordonné et le nouveau parcours de soins mis en place.

Une douleur réfractaire est une douleur rebelle à tous les traitements.

En soins palliatifs, elle peut justifier d'une sédation, et à la phase terminale de la maladie, d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

1.1.2. Trois catégories de douleur, selon leur mécanisme physiopathologique

La douleur chronique a des étiologies multiples, mais on distingue trois catégories de douleur selon le mécanisme physiopathologique en cause :

- **les douleurs nociceptives** ou inflammatoires, par excès de nociception ;
- **les douleurs neuropathiques**, secondaires à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel ;
- **les douleurs nociplastiques**, qui sont des « douleurs liées à une altération de la nociception, malgré l'absence de preuve d'une lésion tissulaire activant les nocicepteurs ou d'une maladie ou lésion affectant le système somato-sensoriel ».

NB. La notion de douleurs nociplastiques, introduite en 2016 par l'IASP et reprise dans la CIM-11 (8), a remplacé la notion de **douleurs dysfonctionnelles ou idiopathiques** de l'ancienne classification

qui étaient définies comme « en lien avec un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur, sans lésion identifiée ».

1.1.3. La classification internationale des maladies CIM-11 et les douleurs chroniques

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en juin 2018 sa nouvelle classification internationale des maladies (CIM-11)¹. La CIM-11 a été présentée à l'Assemblée mondiale de la santé (*World Health Assembly* – VHA) en mai 2019, pour adoption par les États membres. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (8)².

La CIM-11 propose une nouvelle classification de la douleur chronique produite par l'AISP sur demande de l'OMS. Cette nouvelle classification vise à améliorer, par un meilleur traçage, la recherche sur la douleur, les décisions en matière de politique de santé et les soins aux patients.

Elle reconnaît deux catégories de douleur chronique : les douleurs chroniques primaires, véritable maladie en soi ; et les syndromes douloureux chroniques secondaires, pour lesquels la douleur peut être considérée comme un symptôme d'une maladie sous-jacente, au moins dans un premier temps. Ces deux catégories de douleur peuvent coexister ou se succéder chez un même patient.

La classification CIM-11 (19) prévoit :

- une catégorie (un code parent) : douleur chronique (MG30) ;
- et sept sous-catégories, soit sept codes, pour sept groupes cliniquement pertinents de douleurs chroniques les plus courantes :
 - (1) douleur chronique primaire (MG30.0),
 - (2) douleur chronique liée au cancer (MG30.1),
 - (3) douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique (MG30.2),
 - (4) douleur chronique secondaire musculosquelettique (MG30.3),
 - (5) douleur chronique secondaire viscérale (MG30.4),
 - (6) douleur chronique neuropathique (MG30.5),
 - (7) douleur chronique secondaire céphalée ou oro-faciale (MG30.6).

Il existe un certain chevauchement entre ces sept sous-catégories. La CIM-11 prévoit deux autres codages : MG30.0Y : autres douleurs chroniques primaires spécifiées et MG30.0Z : autres douleurs chroniques primaires non spécifiées.

1. Les douleurs chroniques primaires

La douleur chronique primaire (MG30.0) est définie comme : une douleur dans une ou plusieurs régions anatomiques qui persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois et est associée à une détresse émotionnelle importante ou un handicap fonctionnel (des activités de la vie quotidienne ou des activités sociales) non liés à une autre maladie chronique.

Elle se subdivise en **5 groupes cliniquement pertinents** :

- douleurs viscérales primaires chroniques (ex. : syndrome de l'intestin irritable) (MG30.00) ;
- douleurs chroniques généralisées (ex. : fibromyalgie) (MG30.01) ;
- douleurs musculosquelettiques primaires chroniques (ex. : douleur lombaire non spécifique) (MG30.02) ;

¹ <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

² <https://www.lespmi.com/la-cim-11-entrera-en-vigueur-le-1er-janvier-2022/>

- céphalées et douleurs oro-faciales primaires chroniques (ex. : migraine chronique, troubles temporo-mandibulaires) (MG30.03) ;
- syndrome douloureux régional complexe (SDRC) (8D8A.0).

Ces douleurs chroniques sont des entités cliniques à part entière. Elles relèvent de processus complexes, multidimensionnels avec des retentissements physiques, psychologiques et socio-familiaux. Elles devraient être considérées et prises en charge comme des maladies chroniques à part entière.

2. Les syndromes douloureux chroniques secondaires

Les syndromes douloureux chroniques secondaires sont liés à des maladies sous-jacentes pour lesquelles la douleur peut initialement être considérée comme un symptôme.

Le codage de ce « symptôme », selon la CIM-11, en codiagnostic de la maladie causale est pertinent lorsqu'il devient un problème à part entière et nécessite des soins spécifiques au patient.

Dans de nombreux cas, cette douleur chronique persiste au-delà de la guérison de la maladie causale, et dans ces cas le codage doit persister. Ce codage en codiagnostic permet la reconnaissance de la douleur chronique dès le début de la maladie et facilite ainsi sa gestion. Il permet aussi, au niveau statistique, l'identification des patients présentant une douleur chronique persistante ou non avec la guérison du patient.

Ils comprennent 6 sous-catégories dans la CIM-11.

a) Douleur chronique liée au cancer (MG30.1)

La douleur chronique liée au cancer est définie comme : une douleur causée par le cancer lui-même (tumeur primaire ou métastases) ou par son traitement spécifique (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie).

Ces syndromes comprennent des douleurs neuropathiques et musculosquelettiques. Les douleurs causées par la chimiothérapie et la radiothérapie sont codées dans cette section. Les douleurs causées par le traitement chirurgical du cancer sont codées dans la section de la douleur chronique post-chirurgicale.

b) Douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique (MG30.2)

La douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique est définie comme : une douleur apparaissant après une chirurgie ou par un autre traumatisme (non chirurgical) qui persiste au-delà de la durée normale de guérison des lésions, qui est fixée par principe à 3 mois.

Ces douleurs sont souvent de nature neuropathique (30 % des cas) et peuvent être codées comme telles.

Les délais normaux de guérison de cette sous-catégorie de douleur étant souvent connus, la chronicité peut être détectable plus tôt. La douleur chronique post-chirurgicale est un candidat de choix pour les programmes de prévention. La douleur chronique post-traumatique est un problème majeur des programmes de rééducation.

c) Douleur musculosquelettique secondaire chronique (MG30.3)

La douleur musculosquelettique secondaire chronique est définie comme : une douleur persistante ou récurrente qui survient directement dans le cadre d'un processus pathologique affectant les os, les articulations, les muscles ou les tissus mous associés. Elle peut être spontanée ou induite par un mouvement.

Cette catégorie est limitée à la douleur nociceptive. Elle exclut les douleurs neuropathiques de compression et les douleurs viscérales référées.

On distingue différentes catégories selon le mécanisme principal sous-jacent : inflammation persistante des infections ; étiologie auto-immune ou métabolique (ex. : polyarthrite métabolique) ; changements structuraux affectant les os, les articulations ou les muscles (ex. : arthrose) ; secondaires à une maladie du système nerveux moteur (ex. : spasticité après lésion de la moelle épinière ou rigidité de la maladie de Parkinson).

Les douleurs musculosquelettiques chroniques aux causes mal comprises (ex. : mal de dos non spécifique) ou généralisées (ex. : fibromyalgie) sont codées dans les douleurs chroniques primaires.

d) **Douleur viscérale secondaire chronique** (MG30.4)

La douleur viscérale secondaire chronique est définie comme : une douleur persistante ou récurrente qui provient des organes internes de la tête, de la région du cou ou des cavités thoraciques, abdominales ou pelviennes.

La douleur viscérale est référée, c'est-à-dire perçue au niveau des tissus somatiques de la paroi corporelle (peau, sous-cutanée et muscle) dans les zones qui reçoivent la même innervation sensorielle que l'organe interne à l'origine de la douleur.

On distingue différentes catégories selon le mécanisme sous-jacent : facteurs mécaniques (ex. : traction, obstruction) ; facteurs vasculaires (ischémie, thrombose) ; ou facteurs inflammatoires persistants.

Les douleurs viscérales liées à un cancer sont codées en douleur chronique liée au cancer. Les douleurs viscérales liées à un mécanisme fonctionnel ou inexplicable sont codées en douleur chronique primaire.

e) **Douleur chronique neuropathique** (MG30.5)

La douleur chronique neuropathique est définie comme : une douleur causée par une lésion ou une maladie du système neurosensoriel.

On distingue les douleurs chroniques neuropathiques périphériques et centrales.

Ce diagnostic nécessite : des antécédents de lésions du système nerveux (ex. : AVC, traumatisme nerveux, neuropathie diabétique, etc.) et une distribution neuro-anatomiquement plausible de la douleur. Les signes négatifs (perte de fonction sensorielle) ou positifs (douleur et paresthésies) doivent être compatibles avec le territoire d'innervation de la structure nerveuse lésée.

f) **Céphalée ou douleur oro-faciale secondaire chronique** (MG30.6)

Elle correspond aux douleurs de la classification de l'*International Headache Society* (IHS) (20), enrichie par l'IASP-SIG pour la douleur oro-faciale (dentaires et troubles temporo-mandibulaires) (21).

La codification de la CIM-11 prévoit aussi des « codes d'extensions » (8) facultatifs pour la douleur chronique avec : sa gravité ; sa temporalité ; et la présence de facteurs psychosociaux importants.

a) La gravité (sévérité) : légère, modérée ou sévère, prend en compte 3 dimensions (cotées sur une échelle numérique (EN) de 0 à 10 ou une échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 100 millimètres, avec : l'intensité de la douleur, la détresse émotionnelle (anxiété, humeur) et l'impact sur les activités instrumentales de la vie quotidienne.

– Intensité de la douleur :

- douleur légère EN 1-3 ou EVA < 31 mm ;
- douleur modérée EN 4-6 ou EVA 31-54 mm ;
- douleur sévère EN 7-10 ou EVA 55-100 mm.

– Souffrance liée à la douleur (*Pain related distress*) : souffrance de nature cognitive, comportementale, émotionnelle, sociale ou spirituelle pendant la semaine précédente :

- souffrance légère EN 1-3 ou EVA < 31 mm ;

- souffrance modérée EN 4-6 ou EVA 31-54 mm ;
 - souffrance sévère EN 7-10 ou EVA 55-100 mm.
 - Impact de la douleur sur l'activité de la vie quotidienne (*Pain related interference*) : souffrance de nature cognitive, comportementale, émotionnelle, sociale ou spirituelle pendant la semaine précédente :
 - souffrance légère EN 1-3 ou EVA < 31 mm ;
 - souffrance modérée EN 4-6 ou EVA 31-54 mm ;
 - souffrance sévère EN 7-10 ou EVA 55-100 mm.
- b) **Les caractéristiques temporelles de la douleur :**
- douleur continue ;
 - douleur récurrente épisodique ;
 - douleur continue avec crises douloureuses.
- c) **La présence de facteurs psychosociaux importants :**
- cognitifs (ex. : catastrophisme, rumination anxieuse) ;
 - comportemental (ex. : évitement), émotionnel (ex. : peur, colère).

Cette codification complémentaire n'est utilisée que quand ces facteurs sont jugés comme contribuant à l'apparition, au maintien ou à l'exacerbation de la douleur.

À noter qu'il existe un certain degré de chevauchement entre ces sept sous-catégories. Et elles peuvent avoir une étiologie commune.

1.2. La douleur chronique

1.2.1. Les trois composantes de la douleur chronique

La douleur chronique est une expérience subjective qui a trois composantes :

- **sensori-discriminative** « souffrir dans sa chair », ce que l'on sent. Elle correspond au décodage des signes et symptômes physiques de la douleur : la qualité (par exemple, brûlure, décharge électrique, etc.), l'intensité, la durée, le mode évolutif (permanents, paroxystiques), la localisation, les irradiations ;
- **affectivo-émotionnelle** « souffrir dans son cœur », ce que l'on ressent. Elle confère sa tonalité désagréable, pénible ou insupportable à la douleur et son retentissement sur les émotions et l'humeur : la peur, l'anxiété, la colère, la tristesse, voire la dépression ;
- **cognitivo-comportementale** « souffrir dans sa tête », ce que l'on comprend. Elle correspond à tout ce qui donne sens, interprétation et valeur à la douleur (ensemble des processus mentaux capables d'influencer sa perception) et aux comportements qu'elle induit (manifestations verbales et non verbales observables).

L'évaluation et la prise en charge d'une douleur chronique nécessitent de prendre en compte l'ensemble de ces trois composantes.

1.2.2. Le processus de chronicisation de la douleur

La douleur chronique est définie comme une douleur qui persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois. Une douleur qui persiste a progressivement de nombreuses conséquences qui instaurent un cercle vicieux qui entretient et amplifie la douleur (22) :

- altérations fonctionnelles et structurales du système nociceptif avec une sensibilisation centrale et une « mémoire de la douleur » ;

- modifications comportementales avec une réduction des activités et l'entrée dans un cercle vicieux du déconditionnement physique qui va aggraver le syndrome douloureux ;
- modifications émotionnelles avec de l'anxiété et une dépression, qui vont agir directement sur les systèmes centraux de modulation de la douleur et sur le vécu de cette douleur ;
- troubles du sommeil en lien direct avec la douleur, mais aussi avec ses répercussions émotionnelles ;
- modifications cognitives, par le biais attentionnel, qui vont focaliser sur la douleur et qui vont favoriser un véritable envahissement du champ mental par la douleur ;
- modifications socio-professionnelles avec des difficultés professionnelles et familiales et un retrait social qui favorisent le déconditionnement et les modifications cognitives et émotionnelles liées à la douleur.

Il existe des facteurs de risque prédisposant au développement d'une douleur chronique (drapeaux jaunes). Ces facteurs de risque de chronicité sont de nature génétique ou liés à des antécédents médico-chirurgicaux douloureux (mémoire de la douleur) et psychosociaux. Leur dépistage est réalisé afin d'agir précocement et de réduire les risques de passage à la chronicité d'une douleur aiguë ou subaiguë.

À titre d'exemple, dans la lombalgie aiguë, les facteurs de risque associés à un risque élevé de passage à la chronicité (drapeaux jaunes) sont essentiellement psychosociaux (Kendall, 1999) (22) :

- attitudes et croyances inadéquates : croyance que la douleur signale un processus dangereux et qu'elle doit être abolie avant toute reprise des activités, catastrophisme, hypervigilance ;
- émotions : peur, anxiété, dépression, irritabilité, sentiment d'inutilité ;
- comportements passifs, évitement des activités, repos excessif ;
- famille surprotectrice ou négligente ;
- travail stressant, monotone, peu valorisant, sans soutien de la part des collègues ou de la direction ;
- facteurs iatrogènes : diagnostics et explications contradictoires, conseils inadéquates (repos), dramatisation ;
- facteurs médico-légaux : judiciarisation, incapacité, remboursement des coûts de santé.

1.2.3. Le modèle biopsychosocial de la douleur chronique

Le développement, l'entretien et l'aggravation d'une douleur chronique sont en lien avec de nombreux facteurs qui peuvent être classés en trois catégories :

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

Il n'y a pas de proportionnalité entre la sévérité de la lésion somatique et l'intensité de la douleur chronique (différence avec le modèle biomédical). La douleur chronique doit être envisagée comme la résultante de causes multiples en interaction permanente, qui relève pour son évaluation et son traitement du **modèle biopsychosocial**.

Selon le modèle biopsychosocial, l'évaluation et le traitement d'un patient douloureux chronique nécessitent de considérer simultanément les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, et sans *a priori* quant à l'importance relative de chacun.

Le patient douloureux chronique relève, le plus souvent, d'une **situation complexe** nécessitant une **approche intégrée, centrée patient, en équipe pluriprofessionnelle et multi ou, au mieux, interdisciplinaire**, et les objectifs de traitement sont **essentiellement réadaptatifs**.

→ Une situation complexe (23)

Les systèmes complexes sont des ensembles composés de divers éléments en perpétuelles interactions réciproques et non linéaires. Ils sont imprégnés d'aléatoire, d'incertitude et d'imprévisibilité.

En médecine, la complexité d'une situation est issue des interactions entre, d'une part, les besoins : attentes spécifiques des patients et, d'autre part, les difficultés à élaborer des réponses à ces besoins : attentes à la fois ajustées et évolutives, ainsi que les interactions réciproques entre ces deux dynamiques, d'où les **caractères relatifs et subjectifs de la complexité**.

Les systèmes complexes interagissent avec leur environnement. La complexité d'une situation **varie avec les modes d'exercice de chaque médecin, les ressources de santé et la structuration des parcours de santé du territoire où ils exercent**.

En médecine, les situations complexes sont des situations nécessitant la mobilisation de différents **intervenants des champs sanitaire, médico-social et social**, et auxquelles le médecin traitant ne peut répondre seul.

En 2014, la HAS dans la coordination des parcours : [Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires](#) (24) propose **cinq grandes dimensions de la complexité** susceptibles de servir de critères d'identification :

- santé physique (maladie chronique, polypathologies, comorbidités, déclin cognitif, pathologie instable, diagnostic difficile) ;
- santé mentale (pathologie psychiatrique, détresse psychologique, addiction, refus de soins) ;
- caractéristiques démographiques (grand âge, faible niveau d'éducation, barrière linguistique) ;
- capital social (pauvreté, absence d'assurance sociale, épuisement des aidants, absence de soutien familial ou social, isolement, absence de domicile) ;
- expérience en matière de santé et d'identification sociale (mauvaise qualité de vie, hospitalisations itératives, réadmission aux urgences, orientation difficile dans le système de santé, observance thérapeutique limitée).

→ Une approche centrée patient

Dans le modèle biopsychosocial, l'approche est nécessairement centrée sur le patient. Le projet thérapeutique et les objectifs doivent être définis **en accord avec le patient**. Le patient doit participer activement aux choix des stratégies thérapeutiques et à leurs mises en œuvre. **Le patient est responsable de certains aspects de son traitement**, tels que l'observance de son traitement médicamenteux et les changements dans son mode de vie. Le patient doit donc être **informé, éduqué, motivé et accompagné**. L'équipe de soins doit aussi travailler en présence, voire en collaboration avec les aidants familiaux, mais aussi savoir admettre son absence.

➔ Un travail en équipe pluriprofessionnelle et pluri ou interdisciplinaire

Selon le modèle biopsychosocial, le processus d'évaluation et de traitement d'un patient atteint de douleur chronique nécessite une approche intégrée **en équipe pluriprofessionnelle, et pluri ou interdisciplinaire**.

Une équipe est un groupe de **personnes unies par une tâche**, qui ont le désir de travailler ensemble autour d'un objectif commun, ici soulager la personne souffrant d'une douleur chronique. Le patient est au centre des interventions et chaque intervenant auprès du patient fait partie de l'équipe. Chaque membre de l'équipe est important, l'un n'excluant pas l'autre, l'autre ne pouvant venir à la place de l'un. Chaque membre de l'équipe a son identité propre et un rôle à jouer, **chacun avec son champ d'expertise et ses responsabilités propres**. Il existe le plus souvent un noyau central qui permet le maintien de la cohérence des soins, mais la participation d'autres intervenants ponctuels est aussi fondamentale.

Travailler en équipe nécessite de définir **un cadre de fonctionnement**. Dans un parcours de santé, **les tâches de chacun doivent être clairement précisées, coordonnées et la continuité des soins doit être assurée**, en laissant le moins de place possible à l'improvisation. Dans le cadre du fonctionnement en équipe, il convient donc de faire cohabiter la notion d'autorité hiérarchique qui doit rester opérante, avec celle de responsabilité qui doit rester entière pour chacun dans sa fonction et dans ses propres tâches. Les décisions médicales appartiennent au médecin, elles engagent sa responsabilité. Mais si le médecin est responsable de ses actes, il a besoin d'être éclairé et la participation active de l'équipe est nécessaire avant la prise de certaines décisions. La recherche d'un consensus n'est pas indispensable. L'essentiel est que le débat ait lieu car il permet aux soignants de donner un sens aux décisions finalement prises. Une fois la décision prise, l'équipe doit être solidaire. Pour toutes les autres décisions non médicales, un référent mieux placé que le médecin peut en être responsable après accord avec le reste de l'équipe.

Le travail en équipe nécessite **des espaces de parole**. Il faut apprendre à dialoguer, accepter la parole de l'autre, faire en sorte que les connaissances et la réflexion de chacun s'enrichissent mutuellement. Les **réunions de synthèse pluriprofessionnelles** (RSP), en ville ou en SDC, et les **réunions de concertation pluridisciplinaires** (RCP), en SDC, sont essentielles avant de prendre des décisions dans les situations complexes. Les patients ne sont pas présents aux RSP et aux RCP, à la différence de la consultation pluridisciplinaire.

Ces réunions avec les membres de l'équipe, auxquels peuvent être associés d'autres professionnels extérieurs à l'équipe, ont pour objet de présenter une situation clinique et identifier les leviers au changement ; faire surgir un problème particulier et en chercher la résolution ; faire surgir un déterminant clé de la situation que l'équipe ne peut résoudre et nécessitant des ressources externes (exemple : pathologie psychiatrique) ; exposer une difficulté thérapeutique ou technique et sa résolution. Elles peuvent utiliser la téléconférence, en particulier avec les intervenants extérieurs. La prise en charge est discutée et validée, les interventions doivent être priorisées, coordonnées et le rôle de chacun bien défini. Un projet personnalisé de coordination en santé (PPCS) (25) est rédigé.

Dans l'**approche pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire**, les membres de l'équipe apportent les connaissances de leur discipline respective. Les connaissances de ces professionnels vont se juxtaposer de façon statique. La somme de ces connaissances doit permettre l'accès à une meilleure compréhension du problème.

L'approche interdisciplinaire renvoie à une dynamique d'équipe. Les membres de l'équipe échangent à partir de leur domaine de connaissances, qui, par le jeu du dialogue, se mêlent et s'altèrent mutuellement. Le résultat est un enrichissement de la compétence de chacun et de sa compréhension

de la situation pour une meilleure prise en charge du patient dans sa globalité. Un travail d'équipe en interdisciplinaire nécessite une prise en charge conjointe avec une unité de pratique, de temps et de lieu. Le dossier de soins doit être commun.

Le modèle interdisciplinaire est considéré comme optimal pour les SDC. Il est recommandé par l'IASP, en particulier pour les patients atteints d'une douleur chronique rebelle ou réfractaire.

→ Un exercice coordonné des soins (26)

Selon la HAS, le parcours de soins coordonnés (27) relève d'une organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Il repose sur :

- des échanges d'informations entre les participants responsables des différents aspects des soins. Le partage d'informations dématérialisées est un outil princeps de la coordination des parcours ;
- la formalisation des processus d'échanges et de concertation, avec là aussi l'aide de l'outil numérique ;
- un **rôle pivot du médecin généraliste**, qui doit être sollicité prioritairement par le patient. Il doit assurer la coordination du parcours.

Le parcours de soins a pour objectif **le juste recours (efficience)** : faire en sorte qu'un individu ou une population reçoivent les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût. Il faut pour cela qu'il soit **personnalisé, mais aussi rationalisé** en vertu du principe d'équité.

Le parcours de soins doit **assurer la continuité de la prise en charge** en rapport avec des besoins reconnus du patient. Il doit aussi permettre de se mobiliser contre les discontinuités, des ruptures de toutes origines (techniques, administratives) ou simplement relevant de la vie ordinaire et de ses aléas.

Le parcours de soins doit être **coordonné**. La coordination entre professionnels procède d'une posture collective ou toute action s'ajuste en cohérence avec les autres. Elle répond au besoin d'assurer une cohérence de différentes tâches dans un souci d'efficacité. Elle doit s'ajuster à deux nécessités : **la** division du travail en tâches diverses et complémentaires et la cohérence dans l'exécution conjointe ou parallèle de ces tâches.

Le parcours de santé d'un patient **en situation de complexité** nécessite une évaluation et une prise en charge biopsychosociales, mobilisant de multiples acteurs des champs sanitaire, médico-social et social qui n'ont pas les mêmes références et n'ont pas l'habitude de communiquer entre eux. Il doit **vaincre le cloisonnement** des trois grands secteurs intervenant : * les acteurs sanitaires ambulatoires et hospitaliers ; ** les acteurs médico-sociaux (personnes âgées ou handicapées) en institution ou en ville ; *** et les acteurs sociaux de l'insertion sociale et professionnelle et de la solidarité, ainsi que leurs tutelles et financeurs respectifs. De plus, dans ces secteurs, les médecins ont des postures très différentes et communiquent peu entre eux. Dans le champ des soins, le médecin est prescripteur, alors que dans les champs médico-sociaux et médico-professionnels, il statue et pose un cadre réglementaire qui classe le patient au regard de ses aptitudes et de ses droits.

Dans ces situations complexes, un **projet personnalisé de coordination en santé (PPCS)** (25) doit être élaboré et comprendre : les objectifs thérapeutiques et de prise en charge partagés par l'équipe, au besoin validé en RSP ou en RCP, les points d'étape avec un agenda. Les interventions sont priorisées, coordonnées et le rôle de chacun est bien défini. Afin de prévenir ou gérer les ruptures dans le parcours, les procédures en cas de difficultés dans l'exécution du PPCS sont précisées et des protocoles sont prévus pour gérer les situations d'urgence prévisibles, par exemple un épisode d'acutisation

de la douleur chronique pouvant nécessiter une prise en charge urgente par le médecin traitant ou le service des urgences.

Le médecin traitant est règlementairement le référent, le coordinateur et le responsable du parcours de soins de ses patients. Dans les situations complexes, le médecin traitant peut désigner **un pilote référent du parcours** qui est une personne ou un professionnel assurant le suivi du parcours dans toutes ses dimensions et vers lequel les autres font converger les données et peuvent se tourner pour disposer d'une vision globale et actualisée de la situation.

- En ville, dans le cadre d'un exercice de soins coordonnés et en fonction des problématiques rencontrées, ce pilote désigné est un **membre de l'équipe de soins primaires**, en général un infirmier. Le pilote référent du parcours en douleur chronique s'assure de la mise en place et du suivi d'un projet personnalisé de coordination en santé (PPCS) pour le patient, mais aussi les autres professionnels du parcours de santé.
- Dans les situations complexes nécessitant l'intervention d'une SDC, ce pilote référent est souvent **un infirmier ressource douleur (IRD)**, tel que défini par la SFETD (28), désigné par l'équipe de la SDC. Il doit s'assurer de la concertation entre les acteurs, de la disponibilité des éléments issus de la concertation pour l'ensemble de l'équipe et le médecin traitant, et établir des liens avec les autres intervenants externes à l'équipe. Il intervient en délégation le plus souvent implicite (adressage du patient par le médecin traitant à la SDC) du médecin traitant, rarement en délégation explicite.
- Le médecin traitant peut aussi recourir à un appui à la coordination des parcours de patients en situation qu'il ressent comme complexe, à partir d'un dispositif dédié, le dispositif d'appui à la coordination (DAC)³. Le **référent parcours de la DAC**, en lien avec le médecin traitant, répond, le plus souvent de façon ponctuelle, à une demande d'appui à la coordination des professionnels. Cet appui peut comprendre l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'information, le conseil, l'orientation, la mise en relation, l'accompagnement et son suivi.

Un parcours de soins coordonnés dans le cadre d'une prise en charge conjointe ville et SDC repose sur (29) :

Source : Mick G, Genthon A, Saby M. La coordination entre acteurs, un défi de la douleur chronique. *Douleur Analg* 2018;31(3):155-60. <http://dx.doi.org/> <https://doi.org/10.3166/dea-2018-0017>

- l'adressage du patient douloureux par son médecin traitant, au mieux après une première évaluation du patient en ville (à l'aide de la grille d'entretien et du questionnaire patient de la HAS) et avec le formulaire unique d'adressage à une SDC de la HAS ;
- la cohérence des postures diagnostiques entre les acteurs de soins et vis-à-vis du patient. En douleur chronique, dans le cadre d'une approche biopsychosociale, il n'y a pas un « diagnostic causal » mais des déterminants plurifactoriels, nécessitant une évaluation pluriprofessionnelle pour caractériser la situation complexe ;
- la cohérence des postures thérapeutiques entre les acteurs. En pratique, le PPCS est, le plus souvent, élaboré par l'équipe de la SDC et coconstruit ou soumis à l'amendement du médecin traitant ;
- le partage et l'échange du PPCS avec tous les acteurs concernés par les objectifs thérapeutiques ;
- le rapport chronologique entre les différentes interventions identifiées lors de la déclinaison des objectifs thérapeutiques et leurs mises en œuvre par l'équipe de la SDC et les autres acteurs en ville, souvent coordonnées par un pilote référent du parcours.

³ Article L. 6327-2, modifié par loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, art. 23.

→ Un objectif thérapeutique, essentiellement réadaptatif

L'objectif thérapeutique pour une personne souffrant de douleur chronique est rarement la rémission totale de la douleur. Il est essentiellement **réadaptatif et cible une diminution de la douleur à un niveau acceptable pour le patient et une amélioration des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie** du patient. En douleur chronique, se donner comme objectif la résolution totale de la douleur est souvent irréaliste et parfois même contreproductif.

La prise en charge thérapeutique d'une douleur chronique est nécessairement globale, biopsychosociale, selon les besoins mis en évidence lors de l'évaluation initiale. Elle peut nécessiter un **programme thérapeutique multimodal** et comprendre :

- une dimension éducative : information et éducation (thérapeutique) sur la maladie, les comportements recommandés ou à éviter, etc. ;
- une dimension rééducative : rééducation, activité physique adaptée, etc. ;
- des traitements psychologiques : thérapies cognitivo-comportementales, techniques de gestion du stress (relaxation, sophrologie, autohypnose...), etc. ;
- des thérapeutiques médicamenteuses (antalgiques, antidépresseurs, antiépileptiques), des thérapeutiques locales (lidocaïne, capssaïcine, etc.) ;
- des thérapeutiques invasives (infiltrations, anesthésies locorégionales ou par voie spinale, toxine botulique, blocs neurolytiques, stimulation médullaire ou du cortex moteur, radiologies interventionnelles, etc.) ;
- des interventions sociales en milieux professionnels, scolaires ou familiaux.

Dans tous les cas, les objectifs et les moyens thérapeutiques doivent être **réalistes, réalisables, précis et mesurables** (SMART : *Specific, Mesurable, Achievable, Time based*), **négociés et définis en accord avec le patient**.

La prise en charge thérapeutique d'un patient douloureux chronique est un **processus de long terme**, justifiant des réévaluations périodiques. La complexité et l'intrication des facteurs biopsychosociaux « causaux » rendent difficile la prédiction des résultats des interventions thérapeutiques, qui devront donc être **régulièrement suivies, réévaluées et réajustées**.

1.2.4. Le cas de la douleur d'une pathologie cancéreuse en soins palliatifs et d'accompagnement

Le suivi d'un patient atteint d'une douleur chronique non cancéreuse et le suivi d'un patient atteint d'une douleur cancéreuse ont en commun une prise en charge globale centrée sur le patient qui implique une approche intégrée biopsychosociale en équipe multi ou interdisciplinaire.

Cependant, pour la douleur en oncologie, la démarche thérapeutique qui consiste en la prescription d'antalgiques guidée par l'intensité de la douleur, selon les 3 ou 4 **paliers antalgiques de l'OMS**, est globalement efficace, avec parfois un certain degré de sédation pour un soulagement total. L'objectif premier des thérapeutiques est donc ici la **résolution de la douleur pour le confort du patient**.

Dans le domaine de la douleur chronique non cancéreuse, les médicaments sont nettement moins efficaces et l'utilité des opioïdes contestée. L'objectif thérapeutique est l'amélioration de l'état fonctionnel du patient, rarement la résolution totale de la douleur. Elle implique un apprentissage à l'autogestion des symptômes par le patient et une certaine acceptation du « vivre avec ».

En pratique, **les structures et les équipes** prenant en charge les soins palliatifs et d'accompagnement et les patients douloureux chroniques sont généralement **distinctes et relèvent d'expertises et de**

1.2.5. Le modèle thérapeutique centré sur la réadaptation

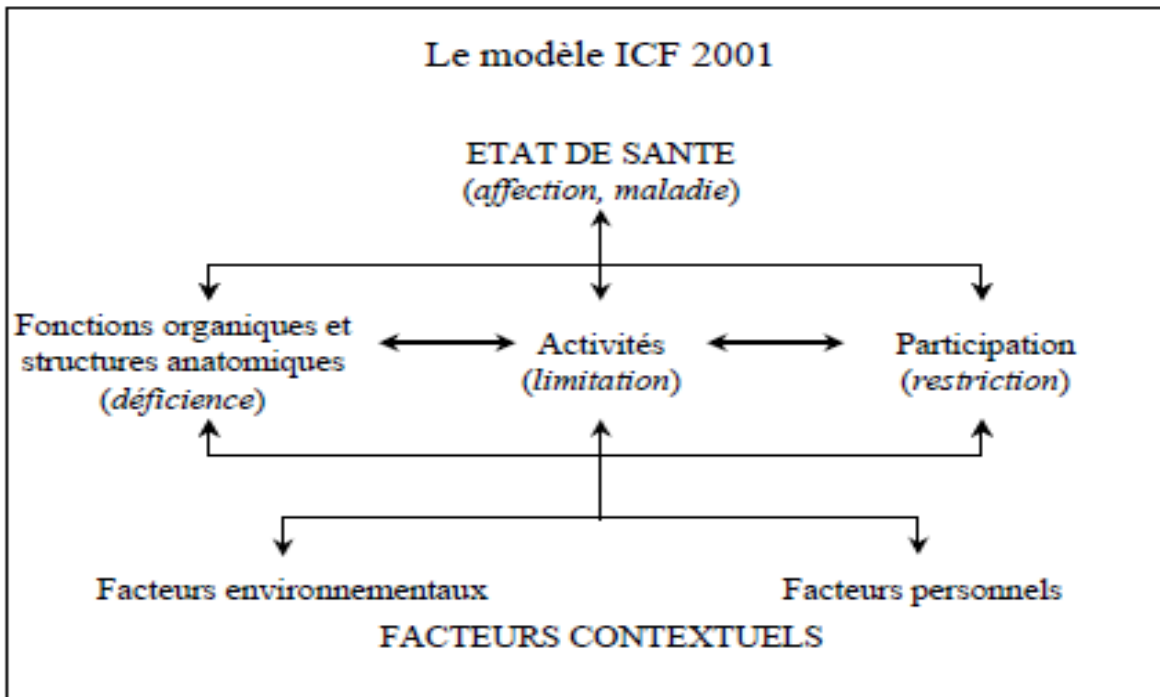
Objectifs de la prise en charge de la douleur chronique sont essentielles

La réadaptation est définie par l'OMS comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser la fonction, le statut et le bien-être des personnes souffrant d'un handicap et promouvoir leur participation à la société ».

La réadaptation est éminemment centrée sur la personne, ce qui signifie que les interventions et l'ap-

Le modèle ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), ou classification des

Figure 1. Modèle ICF : « Interaction entre les composantes de la CIF » OMS, 2001 (30)



- l'identification des besoins, préférences et capacités des patients ;

- l'élaboration d'objectifs fonctionnels, en concertation avec le patient et l'équipe de readaptation ;

- l'utilisation d'activités basées sur des données probantes ;
- l'analyse des résultats, afin, en autres, d'évaluer la nécessité de recommencer un cycle de réadaptation.

1.2.6. Les modèles de gestion des maladies chroniques

Les douleurs chroniques primaires sont de véritables maladies chroniques. Les syndromes douloureux chroniques secondaires, considérés comme des symptômes d'une maladie sous-jacente, peuvent dans un second temps évoluer pour leur propre compte.

Les maladies chroniques, à la différence des maladies aiguës rapidement curables habituellement en moins de 3 mois, sont soit incurables soit nécessitent des soins prolongés (tableau 1).

Tableau 1. Différenciation des affections aiguës et chroniques

	Maladie aiguë	Maladie chronique
Début	Brusque	Généralement graduel et souvent subtil
Durée	Limitée	Longue ou indéfinie
Cause	Cause généralement unique	Généralement plusieurs causes avec des changements avec le temps
Diagnostic et pronostic	Généralement précis	Souvent incertain
Intervention technologique	Habituellement efficace	Souvent variable, effets indésirables fréquents
Résultat	Guérison possible	Pas de guérison
Incertitude	Minimale	Envahissante
Connaissance	Professionnels bien informés, patients inexpérimentés	Les professionnels et les patients ont des connaissances et des expériences complémentaires

Sources : adapté de Department of Health (2004), basé sur Holman & Lorig (2004) : Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. Public health reports (Washington, D.C. : 1974) 2004;119(3):239-43 [traduction libre]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.phr.2004.04.002> (31).

Les objectifs de soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont, le plus souvent, pas de guérir, mais d'améliorer l'état fonctionnel, minimiser les symptômes pénibles, prolonger la vie et améliorer la qualité de vie. Ces objectifs sont difficilement atteignables par les « soins traditionnels » conçus pour les maladies aiguës, modèle de soins ponctuels qui considère le patient comme passif vis-à-vis des soins et où le traitement vise à un retour à un état initial.

Pour les maladies chroniques, les modèles de soins efficaces nécessitent des contributions coordonnées d'un large éventail de services de santé et de prestations sociales et financières sur une longue période, avec un patient actif au centre de ses soins.

L'OMS a publié un rapport sur les modèles de gestion des maladies chroniques en Europe (32) (tableau 2). Ces différents modèles, décrits dans la littérature, ont des terminologies évolutives, parfois interchangeables et des concepts qui se chevauchent. On retrouve dans ces modèles tout ou partie des process utilisés ou utilisables pour une prise en charge d'un patient douloureux chronique en situation complexe.

Ces modèles se basent sur différents principes et organisations : une évaluation et une prise en charge des différentes dimensions biopsychosociales de la maladie et/ou de ses conséquences ; une planification, une coordination et un suivi renforcés des soins et des aides en équipe pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire ; une éducation et un soutien des patients et une autogestion de leur maladie ; la création de réseau (de prestataires) de soins et d'aides ; une coordination des soins ville/hôpital avec le développement d'une interface ; le développement de systèmes d'information et d'aide à la décision ; la gestion des cas complexes par des gestionnaires de cas ou des référents parcours ; des infirmiers de pratique avancée.

Le modèle de soins collaboratifs (hors tableau 5) propose une approche populationnelle et proactive qui permet un repérage et une prise en charge précoces d'une maladie insuffisamment traitée et touchant une large population, comme c'est le cas de la douleur chronique.

Tableau 2. Les approches de gestion des maladies ou des soins chroniques, selon l'OMS, 2014 (32) :

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458642/pdf/Bookshelf_NBK458642.pdf

Care pathway (synonymes : *clinical pathway, care map, integrated care pathway*)

Task-oriented care plan(s) that specify essential steps in the care of patients with a specific clinical problem and describe the patient's expected clinical course (Campbell et al., 1998 (33)).

Chemin clinique : plan de soins axé sur une suite de tâches, qui spécifie les étapes essentielles de la prise en charge du problème clinique des patients et décrit l'évolution clinique attendue de celles-ci (Campbell et al., 1998 (33)).

Case management

Intensive monitoring of a person with complex needs by a named case manager – usually a (specialist) nurse – through the development of care or treatment plans that are tailored to the needs of the individual patient who is at high risk socially, financially and medically (Krumholz et al., 2006 (34)).

Gestion de cas : suivi intensif d'un patient ayant des besoins complexes par un gestionnaire de cas, généralement une infirmière (spécialisée), par la mise en place de soins ou de plans de prises en charge adaptés aux besoins de chaque patient à haut risque socialement, financièrement ou médicalement.

Chronic care model (CCM)

A conceptual framework that presents a structure for organizing health care comprising of four key components : (1) self-management support ; (2) delivery system design ; (3) decision support; and (4) clinical information systems (Wagner et al., 1999 (35))

Modèle de soins chroniques (CCM) : un cadre conceptuel pour l'organisation des soins de santé comprenant quatre éléments clés : (1) l'autogestion, un soutien du patient ; (2) un modèle de fourniture des soins ; (3) une aide à la décision ; et (4) des systèmes d'information cliniques

Coordinated care (synonyme : *care management*)

Development and implementation of a therapeutic plan designed to integrate the efforts of medical and social service providers, often involving designated individuals to manage provider collaboration.

Soins coordonnés : développement et mise en œuvre d'un plan thérapeutique destiné à intégrer les actions du service médical et des prestataires sociaux, impliquant souvent la désignation de personnes pour gérer la collaboration des prestataires des soins et aides.

Disease management (program) (DMP)

Definitions of disease management (programmes) vary substantially. Common features are: (1) an integrated approach to care/coordination of care among providers, including physicians, hospitals, laboratories and pharmacies; (2) patient education; and (3) monitoring/collecting patient outcomes data for the early detection of potential complications (Krumholz et al., 2006)(34).

DM programmes do not normally involve general coordination of care. They also not normally include preventive services such as flu vaccination.

Programme de gestion des maladies (DMP) : les définitions varient considérablement. Les caractéristiques communes sont : (1) une approche intégrée des soins/coordination des soins entre les prestataires, y compris les médecins, les hôpitaux, les laboratoires et pharmacies ; (2) éducation des patients ; et (3) surveiller/recueillir les données des résultats des patients pour une détection précoce des complications potentielles.

Ces programmes n'impliquent normalement ni coordination générale des soins, ni soins/services préventifs tels que la vaccination contre la grippe.

Integrated care

Types of collaboration, partnerships or networks between providers of health and social care services that work together to meet the multidimensional needs of an individual patient/client or a category of persons with similar needs/problems (Kodner & Spreeuwenberg, 2002 (36); Nies & Berman, 2004 (37)).

Soins intégrés : types de collaboration, partenariats ou réseaux entre prestataires de services de santé et de prestations sociales qui travaillent ensemble pour répondre aux besoins d'un patient/client ou d'une catégorie de personnes ayant des besoins/problèmes similaires.

Managed discharge

Arrangements for the transfer of an individual from hospital to an appropriate setting (primary care; community care) to ensure that any rehabilitation, recuperation and continuing health and social care needs are identified and met.

Gestion des sorties : ensemble de dispositions pour le transfert d'une personne de l'hôpital à un milieu de vie approprié (soins primaires ; soins communautaires) afin de garantir que la réadaptation, la récupération et les besoins du patient en matière de santé et de soins sociaux soient identifiés et satisfaits sans rupture.

Multidisciplinary team(s)/care

An "extension" of case management that also normally involves the development of treatment plans tailored to the medical, psychosocial and financial needs of patients. Its key feature is the use of a broader range of medical and social support personnel (including physicians, nurses, pharmacists, dietitians, social workers and others) to facilitate transition from inpatient acute care to long-term, outpatient management of chronic illness (Krumholz et al., 2006 (34))

Équipe(s)/soins multidisciplinaire(s) : une « extension » de la gestion de cas qui implique normalement l'élaboration de plans de traitement adaptés au domaine médical et aux besoins psychosociaux et financiers des patients. Sa principale caractéristique est l'utilisation d'un ensemble de professionnels de soutien médical et social (y compris médecins, infirmières, pharmaciens, diététistes, travailleurs sociaux et autres) pour faciliter la transition des patients hospitalisés en unité de soins aigus vers une prise en charge ambulatoire sur le long terme de patients atteints de maladies chroniques.

Nurse-led clinic

A formalized and structured health care delivery arrangement in which a nurse with advanced competence to practice in a specific health care area (nurse practitioner, clinical nurse specialist, specialist nurse) acts as the first point of contact of care. The nurse manages patients either independently or interdependently with other members of a health care team in at least 80% of their work. The key interventions are: nursing therapeutics, encompassing assessment and evaluation; health teaching/counselling; treatment and procedures; and case management.

(NB: Nurse-led clinics are different from nurse-led care insofar as the former describe a formalized and structured delivery arrangement, whereas the latter also includes other arrangements, for example, case management, liaison nurses, discharge nurse, etc.) (Wong & Chung, 2006 (38)).

Soins dirigés par une infirmière de pratique avancée

Une organisation formelle et structurée de prestation de soins de santé dans lequel une infirmière possédant des compétences avancées pour exercer dans un domaine de soins de santé spécifique (infirmière praticienne, infirmière clinicienne spécialisée, infirmière spécialisée) agit comme premier point de contact des soins avec le patient. L'infirmière gère les patients de manière indépendante ou interdépendante avec d'autres membres d'une équipe de soins de santé dans au moins 80 % de son travail. Les principales interventions sont : traitements infirmiers, l'évaluation infirmier et l'évaluation globale ; enseignement/conseil en santé ; traitement et procédures ; et la gestion des cas.

(NB : les nurse-led clinic sont différentes des nurse-led care (« soins dirigés par des infirmières ») dans la mesure où les premières décrivent un mode de prestation formalisé et structuré, tandis que les secondes comprennent également d'autres dispositions, par exemple, la gestion de cas, les infirmières de liaison, l'infirmière de sortie, etc.)

Provider network(s)

A group of providers bringing together different levels of care (for example, health and social care or primary and secondary care).

Réseau(x) de prestataires : un groupe de prestataires regroupant différents niveaux de soins (par exemple, les soins de santé et sociaux ou les soins primaires et secondaires).

Source : *European Observatory on Health Systems and Policies, Nolte E, Knai C, Saltman RB. Box 1.1 Approaches to chronic disease management or chronic care: definition of terms. Dans: Assessing chronic disease management in European health systems Concepts and approaches. Copenhagen: World Health Organization; 2014. p. 5-6 [traduction libre].*

On peut aussi citer le **collaborative care model** ou **modèle de soins collaboratifs**

Il repose sur une équipe comprenant : le médecin traitant (le plus souvent, un médecin spécialiste en médecine générale), un médecin spécialiste de la pathologie chronique ciblée, et un *care manager* (en général, un infirmier ou un professionnel de niveau bac + 3).

Le *care manager* assure :

- un dépistage systématique de tous les patients pour la pathologie ciblée ;
- une aide à l'engagement des patients dans la prise en charge ;
- l'implémentation du dossier dans le « registre » : système d'information partagé entre le *care manager* et le médecin spécialiste de la pathologie ;
- l'organisation de la revue des dossiers du registre entre le *care manager* et le médecin spécialiste ;
- le lien avec le médecin traitant ;
- et éventuellement des thérapies brèves.

Ce modèle est basé sur une approche populationnelle : * dépister systématiquement toute la patientèle du ou des médecin(s) traitant(s) avec des échelles validées pour la pathologie ciblée, ** mettre à jour le registre pour le suivi de la pathologie du patient *** et avoir une approche proactive (aller chercher les patients qui peuvent avoir des besoins en soins).

Il est construit sur : * des soins fondés sur des données probantes (protocoles structurés en pluridisciplinaire et thérapies validées) ; ** des soins centrés sur le patient avec un suivi programmé du patient (plan de traitement avec rendez-vous prédéfinis, un suivi et des objectifs réguliers, des résultats mesurés régulièrement, une revue hebdomadaire du registre et une adaptation au besoin du plan de traitement) ; et *** une responsabilité partagée (travail collaboratif avec un financement global de l'équipe).

En France, les évolutions actuelles des organisations sont favorables aux développements de ce type d'organisation avec :

- la structuration des soins de premier recours (ESP, MSP, CPTS) ;
- l'apparition de nouveaux métiers (assistants médicaux, infirmiers de pratique avancée en ville, pilote référent du parcours, etc.) ;
- les innovations en matière de santé (e-santé, applications pour l'autogestion de la maladie) ;
- et l'évolution des modes de financement (ROSP).

2. Les stratégies de gestion de la douleur chronique à l'international

2.1. L'International Association for the Study of Pain

2.1.1. La prise en charge de la douleur, un droit humain

Lors du [premier sommet international sur la douleur de 2010](#), l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) (39) a constaté que la gestion de la douleur était inappropriée dans la plupart des pays du monde pour les raisons suivantes :

- l'accès à un traitement, pour une douleur aiguë causée par un traumatisme, une maladie ou une maladie en phase terminale, est insuffisant. Il y a une incapacité à reconnaître que la douleur chronique est un problème grave de santé nécessitant une gestion similaire aux autres maladies chroniques, telles que le diabète ou les maladies cardiaques chroniques ;
- les professionnels de la santé connaissent mal les mécanismes et la gestion de la douleur ;
- la douleur chronique avec ou sans diagnostic est fortement stigmatisée ;
- la plupart des pays n'ont aucune politique nationale de santé ou des politiques de santé inadéquates concernant la gestion de la douleur, y compris un niveau inadéquat de recherche et d'éducation ;
- la médecine de la douleur n'est pas reconnue comme une spécialité distincte dotée d'un corpus unique de connaissances et d'un champ de pratique défini, fondé sur la recherche et des programmes complets de formation ;
- l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 5 milliards de personnes vivent dans des pays n'ayant pas ou peu d'accès au traitement contre la douleur modérée à sévère ;
- la disponibilité des opioïdes et d'autres médicaments essentiels à la gestion de la douleur font l'objet de restrictions sévères.

En 2010, la déclaration de Montréal (39) qui stipule que l'accès à la gestion de la douleur est un droit humain fondamental a été adoptée par de nombreux pays, dont la France, réunis lors d'un congrès international de l'IASP.

Déclaration de Montréal, 2010 (39)

- Article 1. Droit de toutes les personnes d'avoir accès à la gestion de la douleur sans discrimination
- Article 2. Droit des personnes souffrant de douleur à reconnaître leur douleur et à être informées de la manière dont elle peut être évaluée et gérée
- Article 3. Droit de toutes les personnes souffrant de douleur à avoir accès à une évaluation et à un traitement approprié de la douleur par des professionnels de la santé dûment formés

Afin de garantir ces droits, il a été demandé de reconnaître les obligations suivantes :

- l'obligation incombant aux gouvernements et à tous les établissements de santé, dans le cadre des limites légales de leur autorité et compte tenu des ressources de soins de santé raisonnablement disponibles, d'établir des lois, des politiques et des systèmes qui contribueront à promouvoir, et n'empêcheront certainement pas l'accès des personnes douloureuses à une gestion adaptée de la douleur. L'échec à établir de tels lois, politiques et systèmes est contraire à l'éthique et constitue une violation des droits humains des personnes lésées ;

- l'obligation pour tous les professionnels de la santé en relation de traitement avec un patient, dans le cadre des limites légales de leur pratique professionnelle et compte tenu des moyens de traitement raisonnablement disponibles, d'offrir à un patient douloureux une prise en charge adaptée par un professionnel de santé raisonnablement attentif et compétent dans ce domaine de pratique. L'absence d'une telle gestion constitue une violation des droits fondamentaux du patient.

À la suite de cela, l'IASP a émis plusieurs recommandations pour le développement des stratégies nationales de prise en charge de la douleur (40), qui comprennent les étapes suivantes :

1. Comprendre l'ampleur du problème

2. Identifier les barrières à une gestion efficace de la douleur, notamment :

- enseignement inadéquat ;
- sous-financement des approches interdisciplinaires ;
- délais d'attente trop longs ;
- sous-financement de la recherche ;
- attention insuffisante des pouvoirs publics à un problème qui devrait être considéré comme prioritaire.

3. Développer un plan d'action, qui comprend les domaines suivants :

- recherche (épidémiologie, fondamentale et translationnelle) ;
- enseignement (initial et continu) ;
- sensibilisation du grand public ;
- accès aux soins et coordination des soins :
- chaque hôpital devrait avoir au moins un médecin et un infirmier formés à l'évaluation et à la gestion de la douleur,
- chaque hôpital de 3^e ligne devrait avoir un centre multidisciplinaire de la douleur ;
 - développer la mesure et le suivi des plans d'action et une politique d'amélioration continue de la qualité.

L'IASP considère que pour mettre en œuvre ces recommandations, il est nécessaire d'accroître la capacité d'accès à une gestion appropriée de la douleur dans tous les pays et d'assurer un contrôle continu de la qualité.

L'IASP considère que, compte tenu de l'ampleur des besoins et pour plus d'efficacité, il est nécessaire de :

- inclure les approches d'autogestion des maladies chroniques dans le traitement de la douleur chronique ;
- améliorer la formation des médecins traitants et des soins primaires en matière de gestion de la douleur ;
- encourager, améliorer et faciliter les réseaux de consultation entre professionnels (télésanté, communications électroniques, par exemple) ;
- soutenir les initiatives visant à augmenter le nombre d'équipes pluridisciplinaires pour le traitement de la douleur ;
- développer des filières en niveaux de soins primaire, secondaire et tertiaire, afin d'aiguiller au mieux le patient et d'assurer l'utilisation la plus appropriée et la plus efficace des ressources ;
- poursuivre les stratégies pour aborder/limiter les taux de réaiguillage des patients souffrant de douleur chronique dont le statut reste inchangé, c'est-à-dire identifier un « point final ».

Plusieurs types de structures de prise en charge de la douleur sont proposés (41) :

- des cliniques spécialisées dans une modalité thérapeutique particulière ;
- les cliniques de la douleur spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique, mais sans prise en charge pluridisciplinaire ;
- les équipes pluridisciplinaires de la douleur, qui assurent l'évaluation et le traitement de la douleur chronique et cancéreuse avec au moins trois médecins de spécialités différentes, des professionnels non médicaux (infirmier, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistant social, etc.) avec au moins un psychologue ou un psychiatre. L'équipe doit être spécifiquement formée et fonctionner en pluridisciplinaire.

2.1.2. Les délais d'attente pour un traitement adapté

La recherche a établi que les patients souffrant de douleur chronique se détériorent en attendant un traitement. Cette détérioration comprend une augmentation de la douleur et de la dépression et une diminution de la qualité de vie liée à la santé.

En décembre 2005, la *Canadian Pain Society* (42) a mis en place un groupe de travail en vue d'établir des repères sur les temps d'attente acceptables pour le traitement des douleurs. Une revue systématique de la littérature sur la relation entre les temps d'attente, l'état de santé et les résultats de santé pour les patients en attente de traitement pour une douleur chronique a été réalisée. Vingt-quatre études ont été retenues. Les résultats confirment que les patients 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 de 6 mois qui suivent leur orientation vers une prise en charge spécialisée de la douleur. On ignore à partir de quand cette détérioration s'instaure. Quatorze essais avec des temps d'attente de 10 semaines ou de moins de 5 semaines ont donné des résultats mitigés, avec déjà un certain degré de détérioration.

Cette revue conclut que **des délais d'attente pour un traitement de la douleur chronique de 6 mois ou plus sont « médicalement inacceptables »** et souligne l'importance d'améliorer l'accès à des soins appropriés pour les patients souffrant de douleur chronique, afin de réduire ses impacts humains et économiques.

L'IASP (43), à la suite de la déclaration de Montréal qui stipule que l'accès à la gestion de la douleur est un droit humain fondamental, considère que pour atteindre cet objectif deux étapes sont nécessaires :

- la première consiste à identifier des points de référence appropriés pour les temps d'attente pour le traitement adapté de la douleur chronique ;
- la seconde est de soutenir et de poursuivre les initiatives internationales visant à traiter rapidement et de manière appropriée la douleur chronique.

En janvier 2009, l'IASP a mis en place un groupe de travail chargé d'identifier les points de repère des temps d'attente à partir d'une analyse des recommandations internationales. Plusieurs pays ont établi des documents d'orientation ou d'analyse comparative sur la question des temps d'attente pour la prise en charge de la douleur chronique : l'Australie, le Canada, la Finlande, la Norvège et le Royaume-Uni. Il y a une congruence significative des lignes directrices d'un pays à l'autre. De plus, la Finlande, la Norvège et l'Australie occidentale ont des directives spécifiques strictes prescrites par leur gouvernement concernant les temps d'attente pour le traitement de la douleur chronique.

Au vu de ce travail, le conseil de l'IASP a émis des recommandations sur les temps d'attente pour la prise en charge de la douleur (tableau 3).

Tableau 3. Recommandations sur les temps d'attente pour une prise en charge adaptée de la douleur, d'après l'IASP (43)

- ➔ 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) : **affection grave douloureuse avec risque de détérioration ou de chronicité**, telle que phase aiguë du syndrome douloureux régional complexe (SDRC), douleur chez les enfants, douleur liée au cancer, maladie en phase terminale ou finale.
- ➔ Urgent ou semi-urgent (1 mois) : **douleur sévère non diagnostiquée ou progressive avec risque d'altération fonctionnelle** croissante, généralement d'une durée de 6 mois ou moins (mal de dos qui ne se résout pas, et douleur post-chirurgicale ou post-traumatique persistante).
- ➔ Routine ou régulière (8 semaines) : **douleur persistante à long terme sans progression significative**.

Source : *International association for the study of pain. Recommendations for wait-times. Dans: Task force on wait-times. Summary and recommendations. Washington: IASP; 2010. p. 2. [traduction libre] https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP_Wait_Times.pdf*

2.2. Les stratégies nationales de gestion de la douleur chronique à l'étranger

2.2.1. Le Québec

Analyse du problème

En mai 2006, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Québec a publié un rapport pour une réorganisation de la prise en charge de la douleur (44), en se basant sur une revue de la littérature et l'analyse de trois systèmes étrangers de référence impliqués dans la lutte contre la douleur, en France, en Australie, et la *Veterans Health Administration* (VHA) aux États-Unis. Ce rapport considère que les pièces maîtresses de l'organisation de la prise en charge de la douleur sont au nombre de six.

1. Un savoir-faire professionnel

La formation des professionnels de santé impliqués dans le parcours du patient douloureux chronique est un des points incontournables à l'amélioration des pratiques. Cette formation doit commencer avec la **formation initiale** des étudiants et être renforcée par des actions de **formation continue** pour tous les professionnels prenant en charge des patients douloureux chroniques.

- La France propose des formations universitaires complémentaires (DESS, capacité et diplômes universitaires), ainsi qu'une série de référentiels accessibles sur internet (HAS, SFETD, SFAR, etc.).
- L'Australie et la Nouvelle-Zélande offrent des formations de médecine de la douleur.
- La VHA propose sur son site des formations sur la douleur pour les infirmières, les psychologues, les psychiatres, les professionnels de la rééducation et les étudiants en médecine.

2. Une hiérarchie de services

La majorité des patients douloureux chroniques sont traités par les médecins généralistes. Plusieurs études montrent des résultats sous-optimaux en termes de soulagement de la douleur et d'amélioration de la qualité de vie. Les professionnels prenant en charge le patient douloureux chronique ne travaillent en général pas dans le même endroit et n'ont pas nécessairement de dossier commun.

Une hiérarchie de services avec un **processus de soins par paliers** où les patients reçoivent progressivement des traitements plus complexes, plus spécialisés et souvent plus coûteux, en fonction de leurs besoins, doit être mise en place.

La prise en charge de la douleur chronique, les **liens directs entre l'omnipraticien et les professionnels paramédicaux** (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et infirmiers) doivent être **renforcés**.

Selon le degré de complexité et selon les pathologies concernées, **l'omnipraticien doit pouvoir faire appel à des médecins spécialistes de second recours ou à des spécialistes de la douleur**.

L'évaluation et le traitement à chaque stade du processus doivent être guidés par des **lignes directrices fondées sur des données probantes** et les prises en charge doivent être **coordonnées entre les différents niveaux**.

Le cheminement du patient dans ce système hiérarchisé n'est pas unidirectionnel. Au fil du temps, les patients douloureux chroniques **montent et descendent d'un niveau de service à l'autre**. L'enjeu ici est d'adresser le bon patient au bon professionnel de santé au bon moment.

- Dans les trois modèles de référence à l'étranger, les services de lutte contre la douleur sont organisés en structures hiérarchiques où la spécialisation et la multidisciplinarité augmentent avec le niveau.

3. Les soins interdisciplinaires et la gestion de cas

La prise en charge dans les cliniques multidisciplinaires de la douleur se caractérise principalement par un processus complet d'évaluation et de traitement selon une approche intégrée.

Le **modèle interdisciplinaire est considéré comme optimal** dans les cliniques multidisciplinaires de la douleur. Il est recommandé par l'IASP, en particulier pour les patients atteints d'une **douleur chronique rebelle ou en situation complexe**.

Le travail interdisciplinaire en équipe nécessite une prise en charge conjointe avec une unité de pratique, de temps et de lieu. La prise en charge doit pouvoir être discutée et validée en **réunion de concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle**. Les interventions doivent être priorisées, coordonnées, évaluées et suivies, et le rôle de chacun bien défini. Le dossier de soins doit être commun et les échanges continus au sein de l'équipe.

Dans le cadre d'un essai clinique randomisé réalisé au Québec, la **gestion de cas** dans un contexte d'intervention multimodale a facilité la prestation de soins interdisciplinaires à des travailleurs souffrant de lombalgies, et des améliorations ont été constatées sur l'intensité de la douleur, les capacités fonctionnelles et l'état psychosocial.

- Ce modèle intégré interdisciplinaire est privilégié dans les trois modèles de référence à l'étranger, pour les patients atteints d'une douleur chronique rebelle ou en situation complexe.

4. L'évaluation de la qualité des soins et des résultats chez les patients

L'évaluation de la qualité des soins passe par la mesure et le suivi des résultats chez les patients. Dans le cas de la douleur chronique, il faut mesurer les impacts sur la **douleur (intensité et soulagement)**, le **fonctionnement affectif** (anxiété, dépression), le **fonctionnement physique** lié à la douleur, **le retour au travail, la qualité de vie et la satisfaction du patient** au regard de sa prise en charge.

- La VHA a mis en place un processus de suivi de l'évolution de l'état des patients douloureux chroniques et utilise une boîte à outils, le *Pain Outcomes Toolkit* (45), pour recueillir les données. Ce processus de suivi de la douleur et de l'efficacité des interventions est informatisé et s'inscrit dans une véritable démarche d'amélioration continue de la qualité.
- En France, la plupart des efforts d'évaluation ont davantage concerné le suivi de l'implantation des plans de lutte contre la douleur que le suivi de l'état des patients.

5. Un partenariat avec le patient

La prise en charge de la douleur chronique, au même titre que les autres pathologies chroniques, est nécessairement patient-centrée. Le projet thérapeutique et les objectifs doivent être **définis en accord avec le patient**.

Le patient est **responsable de certains aspects de son traitement**, tels l'observance de son traitement médicamenteux et des changements dans son mode de vie. Le patient doit donc être **informé, éduqué, motivé et accompagné**.

Les retards de prise en charge de la douleur aiguë font le lit de la douleur chronique, et les retards de traitement de la douleur chronique aggravent le handicap du patient et rendent plus complexes sa prise en charge et son soulagement, d'où l'importance de repérer, de diagnostiquer et d'accompagner le patient avant que l'atteinte et l'invalidité s'aggravent.

- En France, des campagnes d'information publiques ont été lancées et des documents d'information aux patients ont été publiés. Les structures spécialisées en douleur proposent des sessions d'éducation thérapeutique en groupe homogène de patients (par exemple, dans les lombalgies chroniques, la fibromyalgie, etc.).
- Aux USA, la stratégie de prise en charge de la douleur de la VHA promeut la participation active du patient et de sa famille au traitement. Les patients atteints de douleur chronique reçoivent du matériel didactique comme des cédéroms ou des livres.
- L'Australie a publié des documents destinés aux patients.

6. Des besoins de recherche

Les connaissances sur la physiopathologie de la douleur ont progressé de façon très importante ces dernières décennies. Toutefois, il demeure un véritable besoin de recherche appliquée, en particulier : sur les **prédicteurs de résultats des traitements spécifiques**, sur les **effets des structures et des organisations sur l'évolution de l'état des patients**, ou encore sur les **délais d'attente acceptables** pour un patient souffrant de douleur chronique. Ces données pourraient avoir des implications directes sur l'amélioration de la prise en charge du patient douloureux chronique, en termes de résultats chez le patient et d'implications financières pour le système de santé.

À la suite de ces constats, l'agence québécoise a émis dans son rapport une série de conclusions (44).

- La douleur chronique doit être considérée comme une **priorité dans les systèmes de santé**, compte tenu de son ampleur en population générale, de son fardeau et de la viabilité des modes d'intervention. Des **ressources adéquates** sont nécessaires pour soutenir les structures et les processus de prise en charge de la douleur chronique, qui doivent **se fonder sur des données probantes et le suivi des résultats** chez les patients.
- Il faut établir une **hiérarchie de services** pour s'assurer que le patient soit traité par le bon professionnel de santé au bon moment. Le processus par paliers permet de fournir progressivement des soins plus complexes, plus spécialisés et souvent plus coûteux en fonction des besoins du patient, et de façon coordonnée.
- Les **services de première ligne** doivent être organisés de façon que le diagnostic et les traitements (médicamenteux et non médicamenteux) de la douleur chronique puissent être établis dans des délais corrects.
- Les **structures spécialisées** d'évaluation et de traitement de la douleur doivent être réservées aux cas plus complexes de douleurs persistantes rebelles. Elles peuvent aussi offrir une gradation de services, et pour les plus poussées, des activités de recherche et de formation.
- Une **approche interdisciplinaire** est essentielle pour la prise en charge de la douleur chronique à tous les niveaux du processus. Cette approche intégrée pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire suppose des liens entre d'une part, les médecins de premier recours et d'autre part, les structures spécialisées d'évaluation et de traitement de la douleur, mais aussi les psychiatres et les professionnels de la réadaptation.
- Les **différents services** de prise en charge de la douleur doivent être **coordonnés** pour assurer une prestation homogène des soins par les différents professionnels de santé et niveaux de soins. La **continuité des soins** doit être assurée par le recours à des algorithmes de cheminement clinique et des protocoles garantissant la continuité des soins.
- La **formation** des médecins et des professionnels paramédicaux à tous les niveaux est essentielle pour optimiser les traitements.
- Le **patient** douloureux chronique doit être considéré comme faisant partie de la solution, et doit recevoir un enseignement sur la douleur, dont des stratégies d'autoprise en charge.
- Il faut **évaluer systématiquement les résultats des interventions** afin de s'assurer de la qualité des soins. **Les technologies de l'information et internet sont essentiels** au succès de tout programme de restructuration des services destinés aux patients douloureux chroniques.
- La **recherche appliquée** est essentielle pour guider la prise en charge des patients douloureux chroniques avec, entre autres, des données sur les résultats obtenus dans les structures spécialisées douleur et leur rapport coût-efficacité.

En pratique

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre de la loi de santé 2005 sur la réorganisation du système québécois de santé et des services sociaux, a créé les réseaux universitaires intégrés de santé, rebaptisés par la suite réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS), afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche sur les territoires des établissements de santé universitaires et des centres d'enseignement universitaires.

Cette réorganisation s'est caractérisée par :

- la création des centres de santé et de services sociaux, instances locales appelées à coordonner un réseau local de services de santé et de services sociaux sur un territoire donné en

fonction de deux principes directeurs : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services ;

- la fusion des centres locaux des services communautaires, des centres d'hébergement des soins de longue durée et des hôpitaux communautaires et régionaux, au sein des centres de santé et de services sociaux ;
- la transformation des régies régionales en agences régionales, avec des pouvoirs accrus en termes d'organisation des services dans leur région ;
- la création de quatre réseaux RUISSS, correspondant aux quatre facultés de médecine du Québec : Université Laval, Université McGill, Université de Montréal, Université de Sherbrooke, sur leur territoire d'enseignement correspondant.

L'action des RUISSS s'inscrit dans le contexte suivant :

- les agences régionales ont la responsabilité de l'organisation et de la coordination des services dans leur région et de s'assurer de la mise en place de « corridors » de services inter-régionaux ;
- la responsabilité de la coordination en population au niveau local est attribuée aux centres de santé et de services sociaux ;
- la hiérarchisation des services entre la 1^{re}, la 2^e et la 3^e ligne requiert des corridors de services bidirectionnels ;
- le RUISSS doit **favoriser et soutenir une 1^{re} ligne forte** et assurer **les services hautement spécialisés**. Il doit aussi collaborer avec les autres RUISSS.

Dans le cadre de ses missions, le RUISSS de l'Université de Montréal (RUISSS de l'UdeM) a aidé à la mise en place d'une organisation pour la prise en charge des patients douloureux chroniques, selon un modèle hiérarchique, intégré et coordonné en trois paliers de soins, avec en 1^{re} ligne les médecins traitants.

[Le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique](#) (CEGDC) du RUISSS de l'UdeM (46) est le pivot de cette organisation. Il a pour objectif de :

- améliorer l'accès à des services de qualité permettant une prise en charge appropriée de la personne souffrant de douleur chronique ;
- développer un réseau de services basé sur la continuité, la complémentarité, les pratiques collaboratives et interprofessionnelles, et ce, entre les différents niveaux de soins et d'expertise ;
- mettre à profit l'expertise de chaque établissement sur le plan de la clinique, de l'enseignement, du transfert des connaissances et de la recherche, ainsi que de l'évaluation des technologies et des modalités d'intervention.

Le CEGDC utilise largement les **technologies de l'information**, pour diffuser de l'information, soutenir les médecins dans leur prise en charge, proposer de la télé-expertise et faciliter la coordination et la continuité des soins entre les médecins de ville et les structures spécialisées de lutte contre la douleur.

Il propose des **outils et des services en ligne** (internet) pour faciliter la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique par les professionnels de première ligne :

- [un service « avis d'expert »](#) pour discuter avec un expert du traitement d'un patient et des différentes modalités de traitement. Ce service permet au médecin traitant d'entreprendre un traitement immédiatement, et de diminuer les risques que la douleur non traitée devienne chronique. Il propose plusieurs outils :
 - un formulaire « avis d'expert »,
 - un document d'information du service « avis d'expert »,

- un formulaire de consentement du patient ;
- le programme de télémentorat ECHO® CHUM Douleur chronique (47) pour joindre la communauté des professionnels de la santé en douleur chronique et leur soumettre des situations cliniques et en discuter lors de « télécliniques » ;
- **un formulaire de demande de consultation en structure douleur**, identique pour toutes les cliniques partenaires du CEGDC ;
- **des algorithmes de prise en charge hiérarchisée** selon trois paliers, pour quatre types de douleur chronique, afin de faciliter la continuité des soins et services pour ces patients :
 - [algorithme de la douleur lombaire](#) (48)
 - [algorithme de la fibromyalgie](#) (49)
 - [algorithme de la douleur neuropathique](#) (50)
 - [algorithme interdisciplinaire du syndrome de douleur régionale complexe](#) (51)

2.2.2. La Veterans Health Administration aux États-Unis

Analyse du problème

La Veterans Health Administration (VHA) a organisé la prise en charge du patient douloureux chronique, selon six principes essentiels pour un bon traitement de la douleur :

- **éduquer les patients et leurs familles** afin de promouvoir l'auto-efficacité et la prise de décision partagée et donner accès à toutes les ressources pertinentes ;
- **former tous les membres de l'équipe** aux compétences spécifiques liées à leur discipline, y compris sur le travail en équipe ;
- développer et intégrer des modalités de **traitements non pharmacologiques** dans les plans de soins ;
- instituer une **prescription de médicaments fondée sur des preuves**, une procédure de traitement de la douleur et une **utilisation sécurisée des opioïdes** ;
- mettre en œuvre des **approches basées sur les technologies de l'information** visant à réunir et à maintenir la communication au sein de l'équipe du VHA et avec le patient, telles que les services de télésanté, vidéoclinique, éducation à la santé, etc. ;
- mettre en place des **indicateurs de suivi et d'efficacité** des soins de la douleur, évaluant les résultats au niveau individuel et au niveau populationnel.

En pratique

La VHA utilise un modèle hiérarchisé de prise en charge de la douleur qui **permet de gérer la plupart des états douloureux** aigus et chroniques **en soins primaires**.

Ce modèle de soins, *stepped care model for pain management*, est essentiel pour fournir les bons soins au bon patient dans le bon environnement. Il s'appuie sur [un algorithme](#) d'intervention en trois paliers, selon les ressources humaines, les organisations et les traitements à mobiliser pour une prise en charge adaptée du patient. Les passages d'un palier à l'autre se font dans les deux sens, selon que la douleur est **rebelle au traitement**, que la **situation est complexe**, ou **qu'il existe des comorbidités ou un risque particulier**. La prise en charge s'appuie aussi sur une **série de fondamentaux** concernant le mode de vie et l'environnement de la personne douloureuse (tableau 4).

Tableau 4. Traduction adaptée de l'algorithme d'intervention en trois paliers du VHA, 2022 (52)

- Rebelle au traitement - Comorbidités	Centres tertiaires de la douleur : - diagnostics et interventions thérapeutiques avancés, - programme de réadaptation interdisciplinaire accrédité de la douleur (IPRP).	Niveau 3
- Complexité - Risque	Soins spécialisés (cliniques/équipes de gestion interdisciplinaire de la douleur) : - programme de réadaptation interdisciplinaire de la douleur (IPRP), programme de rééducation, gestion comportementale de la douleur, - médecine de la rééducation/réadaptation, - soins mentaux et programmes SUD.	Niveau 2
Soins primaires : équipe de soins en ville Évaluation et gestion des différentes dimensions des douleurs courantes avec : - intégration de la santé mentale, y compris TCC brève pour la douleur, - évaluation et traitement des OUD (en cabinet), - physiothérapie, ergothérapie, kinésithérapie, soins chiropratiques, - gestion élargie des soins, écoles de la douleur, thérapeutiques complémentaires et intégratives, y compris acupuncture, - coach, pairs aidants.		Niveau 1
Fondamentaux : apprentissages et autosoins – patient/famille/soignants Gestion de la nutrition et du poids ; reprise d'une activité physique ; sommeil suffisant ; techniques de relaxation et de méditation en pleine conscience ; engagement dans des activités significatives ; soutien familial et social ; sécurisation de l'environnement du patient		

Abréviations. SUD : *Substance Use Disorder* (toxicomanie) : les addictions/le mésusage des médicaments.

OUD : *Opioid Use Disorder* (trouble lié à l'utilisation d'opioïdes/abus ou dépendance aux opioïdes) défini dans le DSM-5 comme un mode problématique de consommation d'opioïdes entraînant une altération ou une détresse cliniquement significative.

Source : Veterans Health Administration. *Stepped Care Model for Pain Management (SCM-PM)* - VHA pain management for providers [En ligne] 2022 [traduction libre]. <https://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/Providers/index.asp>

Le site de la VHA propose différents outils pour les professionnels et les patients (53) :

- des guidelines et des vidéos pour les prises en charge et les traitements des situations douloureuses les plus courantes ;
- des guidelines et des vidéos sur les opioïdes ;
- des informations et des vidéos sur l'approche globale biopsychosociale de la douleur et les soins personnalisés centrés sur le patient ;
- un **questionnaire en ligne d'évaluation multidimensionnelle de la douleur** ;
- les types de médicaments et les **stratégies spécifiques à certaines populations ou situations cliniques** (personnes âgées, femmes et douleurs postchirurgicales) ;
- des informations et des vidéos pour les patients (conseils, autosoins, informations sur les traitements, etc.) ;
- [une boîte à outils pour l'évaluation des résultats](#) (*Pain Outcomes Toolkit*) (45).

2.2.3. L'Australie

Analyse du problème

L'Australie a publié un rapport (54, 55) sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de douleur et de leurs familles, et en vue de minimiser le fardeau de la douleur pour les individus et la communauté. En conclusion de ce rapport, il a été émis six recommandations et a été proposé une série d'actions en rapport, pour une stratégie nationale de lutte contre la douleur.

1. Les personnes souffrant de douleur sont une priorité nationale de santé

- Mettre en place un organe national impliquant tous les groupes de parties prenantes pour identifier les partenariats, cadres et ressources nécessaires pour renforcer les capacités et produire les objectifs proposés par la stratégie nationale de lutte contre la douleur.
- Déstigmatiser les situations difficiles dans lesquelles se trouvent les personnes souffrant de douleur, en particulier de douleur chronique non cancéreuse.
- Obtenir dans le droit, par le gouvernement fédéral et les gouvernements des États, la reconnaissance de la douleur chronique comme maladie chronique.

2. Informer, responsabiliser et soutenir la population

- Améliorer la compréhension par la communauté de la nature de la douleur chronique et des bonnes pratiques de sa gestion.
- Fournir des informations facilement accessibles et des programmes de soutien pour aider les personnes souffrant de douleur, les soignants et les aidants, ainsi que les médecins, pour comprendre et être plus impliqué et proactif dans la gestion de la douleur.

3. Développer les compétences professionnelles et les bonnes pratiques de soins basées sur des données probantes

- Former et soutenir les professionnels de santé sur les bonnes pratiques en matière d'évaluation et de gestion de la douleur.
- Établir et promouvoir des organisations et des recommandations de bonnes pratiques, pour assurer une gestion adéquate des douleurs aiguës, des douleurs chroniques et des douleurs cancéreuses.

4. Développer l'accès aux soins interdisciplinaires à tous les niveaux

- Développer et évaluer des modèles de soins centrés patient et des modèles de financement pour la gestion de la douleur en ville, capables de fournir une évaluation interdisciplinaire, des soins et un soutien complet dans le cadre des centres et des services de soins primaires.
- Assurer une bonne communication sur la gestion de la douleur entre les praticiens et les patients et entre praticiens entre eux.

5. Améliorer la qualité et l'évaluation

- Garantir le bon usage des médicaments de traitement de la douleur en ville et améliorer les systèmes de détection et de gestion de leurs mésusages.
- Améliorer les recommandations standards de gestion de la douleur en développant une analyse comparative nationale des résultats des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques de prise en charge de la douleur.

6. Développer la recherche

- Favoriser la recherche sur la douleur au niveau national.
- Identifier les lacunes en matière de données en lien avec les objectifs de la stratégie nationale sur la douleur.

En pratique aujourd'hui

À la suite de ce rapport, la stratégie nationale mise en place a permis des changements majeurs dans la manière dont la douleur, en particulier la douleur chronique, est comprise et gérée en Australie. Elle a fait évoluer les modalités de prise en charge et de traitement de la douleur dans les différents États du pays.

Tous les États australiens ont adopté ces recommandations :

- des plans d'intervention à l'échelle des États sont en place ou leur planification est bien avancée, en particulier avec le développement de services communautaires ;
- *Australian Capital Territory Health* a identifié la douleur chronique comme une maladie chronique distincte et a financé un centre de traitement de la douleur de niveau 1 à l'hôpital de Canberra. Quatorze nouvelles cliniques régionales de traitement de la douleur ont été créées. Des cliniques pédiatriques dédiées à la douleur ont été mises en place ;
- des services de télésanté pédiatriques spécialisés sont disponibles dans certains États, tandis que des cliniques pédiatriques d'autres États développent des options de télésanté ;
- de nouvelles formations en matière de douleur chronique ont été développées pour les professionnels de la santé.

L'éducation pour les personnes souffrant de douleurs a été développée, y compris avec des portails internet en ligne : [PainHEALTH](#) et [painbytes](#).

En 2014, [un bilan de la stratégie nationale sur la douleur](#) (56) a été réalisé et décrit les actions et activités de 90 organisations gouvernementales et non gouvernementales des territoires australiens.

2.2.4. La Belgique

Analyse du problème (22)

En Belgique, 8,5 % de la population, soit environ 935 000 personnes, nécessiteraient une prise en charge algologique spécialisée en raison de la présence de douleurs chroniques intenses avec des conséquences fonctionnelles et/ou thymiques importantes.

Jusqu'en 2005, il n'existait pas de cadre légal pour organiser le traitement de la douleur, aiguë ou chronique. Seule la loi du 24 novembre 2004 relative aux droits des patients prévoyait que : « toute personne doit recevoir de la part des professionnels de santé les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur ».

De 2005 à 2013, la Belgique a expérimenté, évalué et adapté une série de projets pilotes nationaux pour la prise en charge de la douleur chronique. Le rapport « Prise en charge de la douleur chronique en Belgique : passé, présent et futur » du service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement nous apporte un éclairage particulier sur les difficultés rencontrées, les effets bénéfiques et les limites de ces différentes organisations.

En 2005, 9 centres de références multidisciplinaires de la douleur chronique (CRMD) ont été créés dans le cadre d'un appel à projets et d'une expérimentation sur 3 ans. Ces centres de 3^e ligne avaient pour objectifs annoncés :

- une disparition ou une diminution considérable des douleurs ;
- une diminution de la consommation médicamenteuse ;
- une amélioration fonctionnelle du patient ;
- une diminution du recours aux prestations de santé et aux aides à domicile.

Ces CRMD devaient fonctionner en réseau et en interaction étroite avec les médecins généralistes et autres soignants de ville (1^{re} ligne) et des centres hospitaliers de 2^e ligne.

Leur activité de 3^e ligne devait être essentiellement diagnostique, avec une évaluation multidisciplinaire par au moins un médecin et deux non-médecins, suivie d'un renvoi vers la 1^{re} ou 2^e ligne avec des propositions thérapeutiques détaillées. Il leur était aussi possible de proposer des traitements en multidisciplinaire, mais uniquement pour un nombre limité de patients.

Les critères d'admission des patients étaient : souffrir de douleur traitée depuis au moins 6 mois avec de graves répercussions fonctionnelles et après échec des traitements de 2^e ligne. Leurs critères d'exclusion étaient les migraines et céphalées de tension, les affections oncologiques évolutives et les maladies infectieuses évolutives.

Ces centres de 3^e ligne devaient avoir conclu un accord de collaboration avec au moins 5 établissements hospitaliers de 2^e ligne, prévoyant la prise en charge d'au moins 20 patients par an et par établissement. Ils devaient aussi recevoir annuellement au moins 50 autres patients adressés par 50 référents externes différents, généralistes ou spécialistes (de 1^{re} ligne).

L'équipe médicale de ces centres devait comprendre au moins 4 médecins, dont un médecin coordonnateur et un médecin coordonnateur adjoint, avec : un anesthésiste, un médecin de médecine physique et réadaptation, un psychiatre, et un neurologue ou un neurochirurgien. Ils devaient tous travailler au moins à mi-temps dans le centre de référence, travailler à plein temps pour la structure hospitalière, avoir suivi une formation complémentaire en algologie, et avoir au moins 3 ans d'expérience dans la prise en charge des douleurs chroniques. L'équipe non médicale (psychologue, kinésithérapeute, assistante sociale, secrétaire, ergothérapeute, pharmacien) devait comprendre au minimum 4,75 ETP.

Ces centres devaient être localisés sur un seul site par groupement hospitalier, qui devait avoir en son sein un centre de rééducation fonctionnelle. Ils devaient avoir des locaux non partagés et au moins 4 lits d'hospitalisation en propre. Les médecins devaient avoir l'expertise et les moyens pour réaliser la pose d'implants, des pompes et des stimulateurs. Ces centres devaient avoir des activités de formation et de recherche non financées par la convention.

En pratique, ces centres de référence proposaient deux types de prestations :

- une évaluation algologique multidisciplinaire, qui nécessitait en moyenne 5 heures d'échanges du patient avec un non-médecin ;
- une prestation thérapeutique multidisciplinaire, d'une durée de 2 heures en moyenne, et qui nécessitait une heure d'échanges en individuel avec un non-médecin. La prestation thérapeutique multidisciplinaire en groupe était autorisée.

La durée maximale autorisée pour l'évaluation était fixée à 3 mois. La prise en charge thérapeutique était limitée à 20 séances de 2 heures, en individuel ou en groupe, réparties sur une période de 6 mois maximum.

Les activités médicales étaient facturées dans le cadre de la nomenclature hospitalière. Un financement complémentaire, en lien avec l'appel à projets, devait couvrir les 0,3 ETP de travail administratif du médecin coordonnateur et les ETP des professionnels non médicaux (dont 70 % de la durée était considérée comme « au contact » des patients).

Ce financement complémentaire était calculé en fonction de l'activité du centre, c'est-à-dire du nombre d'heures de contact des professionnels non médicaux avec les patients. Le centre devait fournir annuellement un nombre minimal de prestations d'évaluation et de thérapeutique pour obtenir la totalité du financement complémentaire qui seul permettait l'équilibre financier du CRMD.

En 2007, une évaluation des CRMD a été réalisée (22). Il a été rapporté :

- d'importantes différences de productivité entre les centres, avec une répartition des prestations d'évaluation ou de thérapeutique très variables. Au total, les centres ne réalisaient que 67 % du plafond d'activité fixé et nécessaire à leur équilibre financier ;
- les collaborations avec les hôpitaux de 2^e ligne et les médecins spécialistes externes étaient insuffisantes et ne répondaient pas aux objectifs. Malgré une rémunération prévue pour leur participation, la présence des médecins généralistes au staff multidisciplinaire est restée exceptionnelle. À cela, les centres ont objecté une quasi-absence de structure hospitalière de 2^e ligne, et pour les médecins externes, un manque de connaissances sur la douleur, obstacle à une bonne collaboration ;
- une disparité des types de douleur pris en charge et des durées des suivis selon les centres. Les patients suivis en multidisciplinaire souffraient en moyenne depuis 4 ans et 8 mois (3 ans à 6,7 ans), ceux suivis en monodisciplinaire depuis en moyenne 12 mois (7 à 56 mois). Ils présentaient en moyenne une anxiété et une dépression modérée et une mauvaise qualité de vie. En termes de statut professionnel : 33 % travaillaient, 35 % bénéficiaient de l'assurance maladie-invalidité et 12 % étaient au chômage ;
- l'accompagnement de ces patients par ces CRMD améliorait globalement les scores d'intensité de la douleur, d'anxiété et de dépression et de la qualité de vie et permettait de réduire les traitements médicamenteux. Mais si ces changements étaient statistiquement significatifs, ils étaient cliniquement très modérés. Il n'a pas été observé de changement significatif du statut professionnel des patients, et seulement une faible réduction de l'utilisation des infrastructures de soins médicales et non médicales.

À noter que malgré plusieurs assouplissements des règles de financement, ces 9 CRMD sont tous restés fortement déficitaires.

En 2009-2010, le programme « Priorité aux malades chroniques ! », qui avait pour objectif d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé, comportait pour la douleur chronique deux projets pilotes : « fonction algologique » et « équipes multidisciplinaires de la douleur chronique ».

1. **Le projet pilote « fonction algologique »** prévoyait l'implémentation de cette fonction dans 73 hôpitaux, avec le financement et le recrutement par hôpital de 0,5 ETP « infirmier ressource ».

La « fonction algologique » mobilisait un médecin, de préférence un anesthésiste avec une qualification en algologie, un infirmier disposant d'une formation en algologie et un pharmacien hospitalier.

La « fonction algologique » avait pour tâches au sein de l'hôpital de :

- fournir des informations aux patients ;
- sensibiliser les prestataires de soins à la nécessité de la lutte contre la douleur ;
- soutenir les infirmiers de référence ;
- introduire l'évaluation systématique de la douleur par les prestataires de soins ;
- élaborer et mettre à jour des directives et des protocoles ;
- offrir un arsenal de base de traitements pour la prise en charge de la douleur chronique ;
- conseiller la direction sur la politique à mener en matière de douleur chronique ;
- assurer la continuité des soins après le départ du patient de l'hôpital.

2. **Le projet pilote « équipes multidisciplinaires de la douleur chronique (EMD) »** prévoyait l'implémentation d'une EMD dans 36 hôpitaux de soins aigus, par le financement et le

recrutement de psychologues non financés par la nomenclature qui devaient venir renforcer des équipes déjà en place.

L'EMD mobilisait un médecin spécialiste avec une compétence particulière et au moins 3 ans d'expérience en algologie, un psychologue clinicien avec une expérience en thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans la douleur chronique, un infirmier avec une compétence en évaluation et traitement de la douleur et un pharmacien hospitalier.

En 2011, ces deux projets pilotes ont été évalués par le service fédéral public de Santé et un rapport a été publié (22).

L'évaluation du projet « fonction algologique » a été réalisée à partir de questionnaires et d'entretiens des infirmiers ressources. Ces infirmiers déclaraient quatre difficultés principales par ordre décroissant :

- un manque de temps à consacrer à la douleur ou pour faire certaines activités ;
- un manque de formation et de sensibilisation des soignants à la douleur ;
- un manque de considération et des réticences perçues à l'égard de la fonction algologique, surtout venant des médecins ;
- des manques de moyens et la limitation du projet « fonction algologique » dans le temps.

Par ailleurs, le rapport soulignait que ces infirmiers ressources intervenaient davantage pour des problèmes de douleurs aiguës et de douleurs cancéreuses en hospitalisation que pour des douleurs chroniques.

L'évaluation du projet « équipes multidisciplinaires de la douleur chronique (EMD) » n'a pas étudié les résultats sur les patients pour des raisons de coûts, mais seulement les structures et les processus à partir de questionnaires envoyés aux médecins coordinateurs de ces EMD et d'entretiens semi-structurés avec les membres des EMD.

Concernant les structures, il a été constaté :

- une disparité géographique dans la répartition de ces EMD, avec des populations cibles par équipe qui variaient de 1 à 5 ; en lien avec l'absence de sélection selon des critères géographiques de ces EMD lors de l'appel à projets ;
- la prédominance de l'anesthésiologie, qui semblait favoriser une activité plus technique ;
- une grande disparité dans les formations en algologie suivies par les médecins et les psychologues, en lien avec l'absence de formation officielle ;
- l'existence d'un déficit financier dans la plupart des EMD, malgré les financements liés aux projets pilotes, résultant d'une nomenclature médicale hospitalière inadéquate.

Concernant l'analyse des processus, il a été constaté :

- une absence de « profils types » de patients, bien que la dimension psychosociale ait été très présente ;
- la durée et la fréquence des réunions multidisciplinaires très variables selon les EMD, et parfois inexistantes ;
- les principaux objectifs visés par les équipes étaient la qualité de vie, l'autonomie, la remise en mouvement du patient ;
- les délais de prise en charge étaient jugés trop longs, ce qui constituait le principal critère d'insatisfaction des patients et des médecins référents et le principal motif de frustration des soignants des EMD ;
- les approches thérapeutiques étaient multimodales et adaptées aux besoins des patients ;

- les médecins considéraient avoir un rôle d'évaluation, d'orientation et de suivi thérapeutique dans le parcours de soins du patient, et les psychologues, une mission d'écoute et d'accompagnement ;
- peu d'équipes ont pris des initiatives en termes d'accompagnement socio-familial et socio-professionnel, notamment en raison de l'absence de personnel spécifique ;
- la pluridisciplinarité était jugée utile essentiellement face aux patients souffrant de douleurs chroniques complexes ;
- les EMD orientaient vers les centres de référence les patients dont la problématique était particulièrement complexe, ou quand ces centres proposaient des approches qu'elles n'étaient pas en mesure de proposer elles-mêmes ;
- la durée de suivi par les EMD était très variable.

Selon cette analyse déclarative, les contacts des EMD avec les médecins traitants et les autres médecins extrahospitaliers étaient relativement fréquents. Mais seules quelques équipes faisaient en sorte de maintenir une collaboration effective avec les médecins traitants, qu'ils considéraient comme « le socle de la structure médicale en Belgique ».

Les difficultés exprimées par les EMD étaient surtout :

- un sous-financement de l'activité douleur, qui induisait : des difficultés institutionnelles ; un manque de personnel, de locaux et de formation des équipes de terrain ; des difficultés dans la pratique de l'interdisciplinarité et pour une prise en charge des patients selon le modèle biopsychosocial ; et une surcharge de travail ;
- une absence de formation de base des soignants (initiale et continue) qui nuisait à la qualité des soins, en particulier en raison d'une difficulté à trouver des relais en local.

En conclusion de ce rapport de 2011, une série de propositions a été émise :

- créer un Observatoire de la douleur indépendante chargé de coordonner les actions futures (enquête épidémiologique, définition des missions des structures et évaluation, etc.) ;
- financer la recherche fondamentale et translationnelle ;
- renforcer l'enseignement en matière de douleur chronique et créer des titres professionnels spécifiques ;
- améliorer l'enseignement initial et continu de tous les professionnels de santé ;
- créer une formation diplômante spécialisée douleur pour les médecins, psychologues, infirmiers et autres soignants ;
- améliorer la prise en charge de la douleur chronique dans chaque hôpital et mettre en place :
 - une commission algologique : sensibilisation et formation des soignants, désignation de personnes de référence, soutien et coordination des initiatives en douleur aiguë, chronique, cancéreuse, pédiatrique,
 - une équipe ressource douleur chronique : soutien des équipes soignantes dans la prise en charge des patients douloureux chroniques ;
- pour renforcer les structures spécialisées dans la prise en charge des patients douloureux chroniques :
 - augmenter le volume du personnel de chaque équipe et mettre en place un fonctionnement cyclique et orienté sur les objectifs,
 - développer une organisation des soins selon le modèle IASP ou selon le modèle par paliers.

Par ailleurs, ce rapport soulignait que, si les moyens nécessaires à une telle politique étaient importants, ils devaient être mis en rapport avec les coûts directs et indirects de la douleur chronique.

En pratique aujourd'hui (57)

En Belgique, depuis 2013, trois types d'équipes collaborent en réseau pour la prise en charge des patients douloureux chroniques : les équipes algologiques multidisciplinaires (EMA) dans chaque hôpital général, 35 centres multidisciplinaires de traitement de la douleur chronique (CMTD) et 13 équipes spécialisées en douleur pédiatrique (EDP) pour l'ensemble du territoire national.

1. Les équipes algologiques multidisciplinaires (EAM)

Une EAM existe dans tous les hôpitaux généraux de soins aigus. Elle est composée d'un médecin coordonnateur, d'un infirmier et d'un psychologue. Elle a une fonction transversale dans l'hôpital avec pour missions de :

- sensibiliser les soignants à la nécessité d'une prise en charge correcte de la douleur ;
- organiser la formation du personnel ;
- faciliter l'implémentation des protocoles ;
- être une équipe ressource en cas de difficultés pour les équipes de soins ;
- participer à la prise en charge des cas difficiles ;
- participer à l'éducation des patients ;
- assurer la continuité des soins en servant de relais avec les CMTD, les médecins traitants et autres intervenants en ville.

Son financement est assuré par un forfait couvrant les coûts salariaux des trois professionnels de santé, dont le nombre d'ETP est calculé en fonction du nombre de lits de l'hôpital. Ce budget est inscrit dans le financement structurel de l'hôpital.

Comparativement au projet pilote « fonction algologique », il existe trois différences importantes : un ajustement du volume de l'équipe à la taille de l'hôpital (nombre de lits), l'ajout d'un psychologue et la volonté de cibler la douleur chronique.

En 2014, une évaluation des EAM a montré :

- des difficultés d'intégration du psychologue dans une équipe déjà existante, avec une activité plus orientée vers le soutien du personnel que vers celui des patients ;
- un manque de visibilité et de soutien des EAM par les équipes soignantes et la direction de l'hôpital et des difficultés d'implémentation des guidelines ;
- les EAM passaient beaucoup de temps auprès des patients, en contraste avec leur mission première de soutien et de formation des équipes soignantes ;
- seules 21 % des EAM rapportaient une évaluation (quasi) systématique de la douleur des patients par les équipes de soins dans l'hôpital.

2. Les 35 centres multidisciplinaires de traitement de la douleur chronique (CMTD)

Un CMTD mobilise plusieurs médecins spécialistes et une équipe non médicale pour un minimum de 3,8 ETP, dont au minimum 0,8 ETP de psychologue, 0,8 de kinésithérapeute, 0,8 d'infirmier, 0,5 d'ergothérapeute et 0,5 d'assistante sociale.

Son financement est assuré par un forfait annuel non pérenne de 271 000 euros qui couvre les 0,2 ETP médical de coordination, et les 3,8 ETP de soignants non médicaux. L'activité médicale se finance à travers la nomenclature des actes hospitaliers.

Le CMTD assure l'évaluation et le traitement des patients souffrant de douleurs chroniques ou de douleurs subaiguës avec un risque élevé de chronicisation, via une approche biopsychosociale.

En 2014, une évaluation des CMTD a montré :

- des volumes d'activités médicales et non médicales très variables ;
- un soutien de la direction et des collègues de l'hôpital très variable ;
- des difficultés financières persistantes, en lien avec un sous-financement de l'activité médicale (consultation d'une durée de 30 à 45 min) ;
- les critères d'inclusion des CMTD étaient homogènes : douleurs avec une complexité biopsychosociale ou avec un impact fonctionnel sévère, douleurs subaiguës avec des drapeaux jaunes (facteurs de risque de chronicisation) ;
- les critères d'exclusion étaient comparables entre CMTD : pathologies psychiatriques sévères, addiction, drapeaux rouges (diagnostics d'urgence) ;
- les modalités de prise en charge, voire l'exclusion des patients fibromyalgiques dans certaines structures posaient question ;
- la durée de suivi des patients était un point de controverse au sein des équipes.

Par ailleurs, la restructuration de 2013 fut vécue de façon très différente selon les CMTD. Les nouvelles équipes et les EMD reconverties en CMTD ont vu leurs moyens renforcés, alors que les anciens CRMD ont dû réduire leur équipe et abandonner, semble-t-il, leurs activités de recherche.

Les 13 équipes spécialisées en douleur pédiatrique (EDP)

L'EDP est composée de 0,5 ETP d'infirmier et d'un médecin spécialiste (en pédiatrie, soins intensifs, neuropédiatrie ou anesthésie) formé à l'algologie pédiatrique.

L'EDP a pour mission de :

- mettre en place un groupe de travail multidisciplinaire encadrant des infirmiers de référence en douleur pédiatrique (un infirmier par unité de soins concernée) ;
- organiser la formation de ces infirmiers et la sensibilisation des autres soignants ;
- développer et diffuser des procédures de prévention de la douleur ;
- évaluer et prendre en charge la douleur ;
- informer les patients et leurs parents ;
- assurer la collaboration avec les soins de première ligne ;
- participer au développement d'un réseau de partage des connaissances, notamment avec les EAM.

Son financement est assuré par un forfait annuel non pérenne de 35 000 euros qui couvre le salaire du 0,5 ETP infirmier. Le médecin est financé dans le cadre de la nomenclature des actes hospitaliers.

Malgré la mise en place des EDP, la prise en charge des enfants souffrant de douleur chronique est restée très dispersée entre les diverses spécialités externes à ces équipes.

En conclusion

En 2014, le rapport d'évaluation des projets pilotes pour une meilleure prise en charge des patients douloureux chroniques en Belgique a relevé que, bien que le fonctionnement en réseau et la signature de conventions de partenariats avec les EAM, CMTD et EDP soient inscrits dans le projet, les collaborations avec la médecine de ville restaient insuffisantes, même si ces équipes considéraient que leurs collaborations sur le terrain étaient « bonnes à très bonnes », et que la collaboration avec les médecins généralistes était décrite comme « améliorable ».

Il estimait qu'en Belgique, avec 35 CMTD et 935 000 personnes qui nécessiteraient une prise en charge algologique spécialisée, soit en théorie 27 000 patients par centre, **un fonctionnement en**

réseau hiérarchisé en plusieurs niveaux, impliquant fortement les soins primaires, est indispensable pour répondre aux besoins.

2.2.5. L'Écosse

Analyse du problème

En Écosse, la majorité des patients douloureux chroniques sont pris en charge en ville par les équipes de soins primaires, dont le médecin généraliste. Il est donc essentiel que ces professionnels de la santé disposent, si nécessaire, de ressources et de soutien pour gérer leurs patients et pour leur faciliter un accès aux services spécialisés douleur.

Dès 2013, le *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) (58, 59) considérait qu'une évaluation et un traitement efficaces de la douleur chronique par les médecins généralistes en ville nécessitaient de leur fournir :

- une formation et des connaissances adéquates ;
- un accès à des stratégies de gestion efficaces basées sur des preuves ;
- des critères pour l'orientation vers des ressources spécialisées ;

et de répondre à trois problématiques :

- le parcours pour l'évaluation de la douleur chronique, la prise en charge précoce et la planification des soins dans des contextes non spécialisés ;
- le parcours pour les patients souffrant de douleurs neuropathiques ;
- la stratégie d'utilisation des opioïdes forts chez les patients atteints d'une douleur chronique.

En 2014, le SIGN Douleur chronique (60, 61) a réalisé une revue systématique de la littérature internationale sur la prise en charge de la douleur chronique couvrant les questions suivantes :

- évaluation, prise en charge précoce et planification des soins (de l'évaluation initiale au recours spécialisé) ;
- la douleur neuropathique ;
- l'utilisation des opioïdes forts.

À partir de ces données, il a produit trois guides :

- un guide de prise en charge de la douleur chronique à destination des médecins de ville, pour l'adulte ;
- un guide pour l'enfant ;
- un guide de vulgarisation à destination des patients, de leurs familles et des aidants.

Le guide patient fournit des informations factuelles sur les options de gestion de la douleur, de sorte que les patients puissent s'engager et collaborer activement et efficacement et de manière éclairée dans la gestion de leur traitement.

Le guide médecin pour les adultes

Il fournit des recommandations pour l'évaluation et la prise en charge des patients adultes souffrant de douleur chronique non maligne dans des contextes non spécialisés.

Il ne traite pas : * des interventions qui ne sont dispensées qu'en soins de second recours, ** des traitements des patients souffrant de maux de tête, *** des douleurs chroniques malignes **** et des enfants.

Il couvre six domaines : évaluation ; autogestion ; thérapies pharmacologiques ; interventions basées sur la psychologie ; thérapies physiques ; et thérapies complémentaires.

Il émet 55 recommandations basées sur des données probantes pour le traitement des douleurs chroniques (tableau 5).

Un de ces objectifs, en se basant sur les preuves publiées, est : d'identifier le(s) intervention(s) et le(s) traitement(s) pharmacologiques et non pharmacologiques adaptés pour chaque patient, de déterminer quand et où les utiliser pour obtenir les meilleurs résultats à long terme ; et d'arrêter les traitements inefficaces.

Dans le guide adulte, il fournit :

- des recommandations pour la douleur chronique non cancéreuse de plus de 3 mois chez l'adulte (tableau 5, sauf recommandations sur les traitements médicamenteux) ;
- un parcours du patient douloureux chronique : l'évaluation, la prise en charge précoce et la planification des soins dans un contexte non spécialisé (tableau 6) ;
- une stratégie de prise en charge d'un patient atteint d'une douleur chronique neuropathique dans un contexte non spécialisé ;
- une liste des informations à fournir au patient aux différentes étapes du parcours de soins (tableau 7).

En pratique

Les nouvelles directives et recommandations pour la prise en charge des patients douloureux chroniques ont été mises en place et relèvent de la responsabilité de chaque conseil d'administration du NHS.

Elles sont encouragées par le SIGN et activement soutenues par les *Chronic Pain Groups* pour l'amélioration des services, groupes multidisciplinaires formés dans le cadre d'un projet de développement sur 2 ans, avec un état des lieux prévu à 3 ans.

L'organisation pour la prise en charge de la douleur chronique est basée sur une stratégie en quatre niveaux :

- niveau 1 – accessible à tous, services à domicile ou en communauté : conseils et informations sur la douleur et sur ce qu'il faut faire ;
- niveau 2 – pour ceux qui ont besoin de l'aide d'un médecin généraliste ou d'un autre thérapeute ;
- niveau 3 – pour ceux qui ont, en plus, besoin de l'aide d'un service spécialisé de gestion de la douleur chronique ;
- niveau 4 – pour ceux qui ont besoin d'une aide hautement spécialisée.

Les directives et les recommandations ont été diffusées activement et leurs implémentations ont été assurées par :

- le développement de parcours de soins ;
- l'engagement de tous les professionnels concernés par le sujet ;
- des référents cliniques locaux ;
- la disponibilité de guides et autres documents dans différents formats (une version patient, un guide de référence rapide, une mise en ligne sur internet, etc.) ;
- la production d'outils d'aide à l'audit, avec des indicateurs de performance.

La mise en place de ces directives a été précédée par un audit, en particulier sur :

- le nombre de patients présentant des douleurs chroniques ;
- le nombre de patients utilisant des antalgiques pour gérer la douleur chronique qui font l'objet d'un examen annuel ;

- le nombre de patients sous opioïdes et gabapentinoïdes qui font l'objet d'un bilan annuel de leur traitement pharmacologique ;
- le nombre de patients sous morphine à des doses supérieures à 180 mg/jour ou équivalent qui ont été adressés pour une évaluation spécialisée ;
- le nombre de patients qui ont été adressés à des ressources d'autogestion de la douleur.

Tableau 5. Les recommandations du SIGN, douleur chronique non cancéreuse de plus de 3 mois chez l'adulte, d'après le SIGN, 2019 (59) :

SIX DOMAINES	LES 55 RECOMMANDATIONS
ÉVALUATION ET PLANIFICATION DES SOINS	Une anamnèse concise, un examen et une évaluation biopsychosociale, le type de douleur (neuropathique/nociceptive/mixte), la gravité, l'impact fonctionnel et le contexte doivent être précisés chez tous les patients souffrant de douleur chronique. Cela éclaire sur le choix des traitements les plus susceptibles d'être efficaces. [✓] Une réorientation doit être envisagée lorsque la prise en charge par un non-spécialiste échoue, la douleur chronique est mal contrôlée, la détresse est importante et/ou lorsqu'une intervention ou une évaluation spécifique d'un spécialiste est envisagée. [✓] Une approche empathique et centrée sur le patient pour l'évaluation et la gestion de la douleur chronique est susceptible d'optimiser l'environnement thérapeutique et d'améliorer les chances de succès. [✓]
AUTOGESTION	Des ressources à l'autogestion doivent être envisagées en complément d'autres thérapies utilisées dans le traitement des patients souffrant de douleur chronique. [C]. Les professionnels de la santé doivent orienter les patients vers des ressources d'autogestion, identifiées et recommandées par les services locaux de lutte contre la douleur. Ces ressources doivent être considérées comme une aide utile à toutes les étapes du parcours du patient. L'autogestion peut être utilisée dès le stade précoce d'un état douloureux et jusque dans le cadre d'une stratégie de prise en charge à long terme. [✓]
THÉRAPIES PHARMACOLOGIQUES (données non reprises)	Les patients utilisant des antalgiques pour gérer une douleur chronique doivent être examinés au moins une fois par an, et plus fréquemment si le médicament est changé ou si le syndrome douloureux et/ou les comorbidités sous-jacentes changent. [✓] • Opioïdes – Les opioïdes doivent être envisagés pour le traitement à court et moyen terme de patients soigneusement sélectionnés souffrant de douleurs chroniques non malignes, pour lesquels les autres thérapies se sont révélées d'une efficacité insuffisante. Les bénéfices peuvent l'emporter sur les risques graves tels que la toxicomanie, le surdosage et la mort. [B] – Au début du traitement, il faut s'assurer d'un accord entre le prescripteur et le patient sur les résultats attendus. Si ceux-ci ne sont pas atteints, il devrait y avoir un plan convenu à l'avance pour réduire et arrêter les opioïdes. [✓] – Tous les patients sous opioïdes doivent être évalués tôt après le début du traitement (examens programmés à l'avance). Ils doivent être revus, au minimum, annuellement et plus fréquemment si nécessaire. Le but est d'atteindre la dose minimale efficace et d'éviter les risques graves. Les objectifs du traitement sont un soulagement de la douleur ou une amélioration de la fonction et de la qualité de vie. Il convient toujours d'envisager une réduction précoce et progressive à la dose efficace la plus faible ou un arrêt complet. [✓] – Il ne faut pas se fier totalement aux outils de dépistage actuellement disponibles de prédiction des patients à risque de développer une consommation inappropriée d'opioïdes. Mais ces outils peuvent avoir une certaine utilité dans le cadre d'une évaluation avant ou pendant le traitement. [B] – Les signes d'abus, de dépendance et/ou d'autres effets indésirables doivent être systématiquement recherchés lors des réévaluations des patients utilisant des opioïdes forts. [C]

- Tous les patients recevant des doses d'opioïdes de > 50 mg/jour d'équivalent morphine doivent être examinés régulièrement (au moins une fois par an) pour détecter les risques graves émergents et évaluer l'efficacité dans le temps. L'avis ou l'examen d'un spécialiste de la douleur doit être demandé à des doses > 90 mg/jour d'équivalent morphine. [D]

.....

INTERVENTIONS BASÉES SUR LA PSYCHOLOGIE

Le professionnel de santé assurant l'évaluation psychologique doit expliquer au patient sa démarche et répondre à ses préoccupations. Il peut lui être utile de déclarer explicitement que les objectifs des interventions psychologiques sont d'accroître les capacités d'adaptation du patient à sa douleur et d'améliorer sa qualité de vie face aux défis de vivre avec sa douleur. [✓]

- Programmes multidisciplinaires de gestion de la douleur (PGD)
- L'orientation vers un PGD devrait être envisagée pour les patients souffrant de douleur chronique. [C]
- Enseignement monodisciplinaire
- Une formation brève devrait être donnée aux patients souffrant de douleur chronique pour les aider à continuer à travailler. [C]
- Thérapies comportementales et cognitivo-comportementales
- La relaxation progressive ou le biofeedback électromyographique doivent être envisagés pour le traitement des patients souffrant de douleur chronique. [C]
- Les cliniciens doivent être conscients de la possibilité que leur comportement et l'environnement clinique puissent avoir un impact sur le renforcement des réponses au traitement. [✓]
- Une thérapie cognitivo-comportementale doit être envisagée pour le traitement des patients souffrant de douleur chronique. [C]

THÉRAPIES PHYSIQUES

- Thérapie manuelle
- Un traitement manuel doit être envisagé pour le soulagement à court terme de la douleur chez les patients souffrant de lombalgie chronique. [B]
- La thérapie manuelle, associée à l'activité physique, doit être envisagée pour le traitement des patients souffrant de cervicalgie chronique. [B]
- Thérapies par l'activité physique
- L'activité physique et les thérapies par l'activité physique, quelle que soit leur forme, sont recommandées dans la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique. [B]
- Des conseils pour rester actif doivent être donnés en plus de la thérapie par l'activité physique pour les patients souffrant de lombalgie chronique, afin de réduire l'invalidité à long terme. Les conseils seuls sont insuffisants. [A]
- Les approches suivantes devraient être utilisées pour améliorer l'observance de l'activité physique :
 - séances d'exercices supervisées ; [B]
 - exercices personnalisés en groupe ; [B]
 - ajout de matériel supplémentaire ; [C]
 - offre d'un programme combiné d'exercices en groupe et à domicile. [B]
- Thérapies par traction : pas de preuve des tractions dans la lombalgie avec ou sans sciatique
- Électrothérapie
- La stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) doit être envisagée pour le soulagement de la douleur chronique. Le TENS à basse ou haute fréquence peut être utilisé. [B]

- La thérapie au laser de bas niveau doit être considérée comme une option de traitement pour les patients souffrant de lombalgie chronique. [B]

THÉRAPIES

COMPLÉMENTAIRES

- Acupuncture
- L'acupuncture doit être envisagée pour le soulagement à court terme de la douleur chez les patients souffrant de lombalgie chronique ou d'arthrose. [A]
- Autres thérapies
- Pas de recommandations. Les preuves sont trop limitées ou inconsistantes pour la phytothérapie, les thérapies diététiques (régimes, naturothérapie, etc.), la musicothérapie, aromathérapie, l'homéopathie, la réflexothérapie, l'hypnothérapie ou le reiki.

Source : *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Key recommendations. Dans: Management of chronic pain. A national clinical guideline. Edinburgh : SIGN; 2019. p. 5 [traduction libre].* https://www.sign.ac.uk/assets/sign136_2019.pdf

Tableau 6. Le parcours de la douleur chronique : l'évaluation, la prise en charge précoce et la planification des soins dans des contextes non spécialisés, d'après le SIGN, 2019 (59)

ÉTAPE 1 Évaluation initiale	Diviser l'évaluation et la gestion initiale de la douleur en plusieurs consultations – Investir du temps dans l'évaluation initiale peut améliorer les résultats pour les patients et minimiser l'utilisation inutile de ressources à l'avenir. Utiliser une approche centrée sur le patient – Expliquer les options de traitement. – Encourager la participation des patients à la prise de décision. Considérer les drapeaux rouges (diagnostics d'urgence) – Envisager une pathologie grave, explorer et demander un avis si nécessaire. – Éviter les investigations complémentaires à moins qu'une pathologie grave ne soit suspectée. – Identifier pourquoi aucune autre investigation n'est prévue et l'expliquer clairement au patient. Identifier la durée de la douleur – Faire un diagnostic clair de la douleur chronique : douleur présente depuis plus de 12 semaines. – Enregistrer le diagnostic et le coder électroniquement dans le dossier patient. Identifier s'il peut y avoir un élément de douleur neuropathique – Préciser les caractéristiques : caractère de la douleur (brûlure, etc.), allodynie (douleur due à un stimulus qui ne provoque normalement pas de douleur), hyperalgésie (réponse exagérée à un stimulus douloureux), douleur imprévisible, autres sensations anormales, anomalies sensitives et/ou modifications cutanées à l'examen clinique ; symptômes et signes neuroanatomiques compatibles avec la cause sous-jacente. NB. Des outils validés sont disponibles pour faciliter le diagnostic. Évaluer la gravité de la douleur dans les différents sites – Préciser l'histoire clinique pour clarifier la complexité et l'intensité de la douleur. – Envisager d'utiliser une échelle visuelle analogique ou un score numérique pour aider à évaluer la réponse au traitement. Évaluer l'impact fonctionnel dans le cadre d'une évaluation biopsychosociale – Tenir compte des impacts sur le travail, les relations, le sommeil, l'humeur, l'autonomie, etc. – La précision/l'importance de l'évaluation dépendra de la gravité du problème et elle peut être effectuée sur plusieurs consultations. Identifier les patients présentant un risque accru de mauvais résultats au traitement – Faire preuve de jugement clinique. – Envisager d'utiliser des outils validés. – Rechercher des comorbidités importantes.
--	---

	– Rechercher des problèmes de santé mentale (y compris dépression, anxiété, trouble de la personnalité, trouble de stress post-traumatique), troubles cognitifs, abus de substances, grossesse, polymédication, insuffisance rénale ou hépatique importante. – Rechercher la présence de drapeaux jaunes (facteurs de risque de persistance et/ou d'aggravation de la douleur).	
	Drapeaux jaunes biomédicaux	Douleur intense ou présence d'une incapacité, épisodes de douleur importants antérieurs, douleurs sur de multiples sites, signes non organiques, facteurs iatrogènes.
	Drapeaux jaunes psychologiques	Croyance que la douleur indique un préjudice, une attente passive plutôt qu'active devant le traitement, comportement d'évitement, de peur, catastrophisme, faible capacité de résolution de problèmes, stratégies d'adaptation passive, croyances atypiques en matière de santé, perceptions psychosomatiques, niveaux élevés de détresse.
	Drapeaux jaunes sociaux	Faible attente de retour au travail, manque de confiance dans la capacité d'exécution des activités professionnelles, travail plus lourd, faible contrôle du rythme de travail, mauvaises relations de travail, dysfonctionnement social, problèmes médico-légaux.
ÉTAPE 2	Écouter, valider, éduquer, rassurer	
Intervention centrée sur le patient	– Accepter que la douleur ne disparaisse peut-être jamais entièrement.	
	Encourager une approche d'autogestion (voir section 4)	
	– L'orientation des patients vers les ressources d'autogestion doit être envisagée à tout stade de leur traitement. – Le professionnel de la santé doit réfléchir aux approches les plus appropriées à chaque patient et à chaque situation. Désigner un soignant lorsque cela est possible et pertinent, pour aider à comprendre et à motiver le changement.	
	Conseiller au patient de rester physiquement actif	
	Envisager de recommander : – thérapie par l'exercice, le cas échéant ; – thérapie manuelle (par exemple physiothérapie, TENS) ; – acupuncture, si disponible.	
	Aider le patient à continuer son travail	
	– Envisager un avis en matière de santé au travail et de conseils sur les avantages sociaux.	
	Traiter la cause sous-jacente de la douleur, si possible	
	– Encourager l'utilisation appropriée des antalgiques en vente libre. – Savoir que le traitement de la dépression modérée ou sévère (le cas échéant) peut réduire la douleur.	
ÉTAPE 3	Effectuer une évaluation biopsychosociale plus complète, si possible, pour les patients à risque de mauvais résultats	
Évaluation complémentaire biopsychosociale	Évaluation biomédicale	Antécédents approfondis des douleurs en évaluant chaque douleur ressentie par le patient (site, caractère, intensité, début, facteurs précipitants, durée, intensité, facteurs exacerbants et soulageants, douleur nocturne, cause perçue), symptômes systémiques, antécédents médicaux, examen physique (y compris réponse comportementale à l'examen) ; investigations antérieures (et leur

	compréhension par le patient) ; traitements antérieurs et actuels (y compris efficacités, traitements spécialisés, effets secondaires, idées fausses, croyances, messages d'autres professionnels de la santé).
Évaluation psychologique	Penser aux troubles de l'humeur, à l'anxiété et la dépression ; aux antécédents psychiatriques ; à la consommation d'alcool et de drogues illicites ; aux abus, dépendances et addictions ; aux antécédents d'abus physique ou sexuel ; identifier les drapeaux jaunes, perte de confiance, faible motivation, réticence à modifier son style de vie, attentes irréalistes de soi, etc.
Évaluation sociale	Capacité à prendre soin de soi, performance professionnelle, influence de la famille sur le comportement douloureux, insatisfaction au travail, bénéfices secondaires (surprotection familiale, prestations, compensation médico-légale).
Convenir d'un plan de gestion de la douleur – Par exemple, un accord verbal sur un seul objectif et comment l'atteindre, ou un plan écrit autogéré. – Envisager une orientation précoce vers des soins spécialisés lorsque la douleur est intense et ne répond pas de façon adéquate à la prise en charge, ou pour une évaluation et/ou des traitements spécialisés spécifiques.	
ÉTAPE 4 Recommandations thérapeutiques : les médicaments antalgiques (données non reprises)	Avant de prescrire des antalgiques – Proposer des stratégies non pharmacologiques, en plus ou comme alternative aux antalgiques. – Convenir des objectifs de la thérapie, par exemple réduction de la douleur, amélioration de l'humeur, amélioration de la fonction. – Convenir de la durée de l'essai initial. – Discuter des effets secondaires potentiels de tous les médicaments prescrits. – Discuter des risques importants liés à certains médicaments, en particulier les AINS et les opioïdes. – Discuter des avantages à court terme et de la perte potentielle d'efficacité au fil du temps avant de prescrire des opioïdes. – Éviter la coprescription de médicaments sédatifs et hypnotiques et repérer la consommation d'alcool. – Être conscient de l'utilisation concomitante de traitements en vente libre et conseiller en conséquence. Pour les patients qui ont une douleur mal contrôlée persistante – Planifier les rendez-vous de suivi plutôt que de les subir selon les niveaux de douleur. – Planifier la gestion des exacerbations de la douleur. – Envisager de tester deux ou trois autres médicaments de la même classe si le premier est inefficace. – Réduire la dose ou arrêter les traitements inefficaces. – Envisager une analgésie multimodale appropriée : éviter la coprescription de médicaments appartenant à la même classe, tenir compte de la sécurité et de la logique du schéma de prescription lors de la combinaison de traitements médicamenteux.

Après le début du traitement médicamenteux

- Augmenter jusqu'à la dose initiale recommandée, sauf si elle est limitée par des effets secondaires, puis titrer en fonction de la réponse le cas échéant.
- Évaluer l'efficacité de tous les médicaments après un essai initial à la dose optimale, généralement après deux semaines (jusqu'à quatre semaines pour les antidépresseurs), en utilisant l'histoire clinique et une échelle visuelle analogique ou numérique.

La plupart des individus répondent de deux manières : soit une bonne réponse (au moins 30 % d'amélioration), soit aucune réponse.

Choix du médicament

- Utiliser l'échelle de l'OMS de manière pragmatique et ne pas continuer à prescrire des médicaments inefficaces.
- Si une douleur neuropathique semble être présente, suivre la stratégie de prise en charge pour les patients souffrant de douleur neuropathique (cf. reco. SIGN).

Le choix d'un médicament ou d'une combinaison de médicaments sera influencé par :

- gravité de la douleur ;
- présence de douleur neuropathique ;
- comorbidité et coprescription ;
- risque d'abus de drogues ;
- efficacité d'un médicament antérieur ;
- effets indésirables antérieurs ;
- interactions avec d'autres médicaments prescrits ;
- expérience de clinicien.

Se référer à la stratégie d'utilisation des opioïdes forts.

.....

ÉTAPE 5

Recommandations thérapeutiques :

thérapies complémentaires et alternatives

Et

orientation vers un service spécialisé douleur

Se référer aux autres recommandations thérapeutiques

- Aux thérapies basées sur la psychologie (qui incluent la TCC, les thérapies comportementales, la méditation en pleine conscience, la thérapie d'acceptation et d'engagement), lorsque le patient :
 - présente des niveaux de détresse modérés à élevés ;
 - a du mal à s'adapter à son vécu douloureux ;
 - a du mal à changer son comportement pour maintenir des activités normales.
- Pour les patients ayant des problèmes émotionnels préexistants, discuter en équipe ou avec le prestataire d'autres thérapies complémentaires, en passant en revue les résultats des interventions thérapeutiques antérieures, en fonction des disponibilités locales, mais aussi des préférences des patients lorsqu'un choix est disponible.

Adresser à un service spécialisé de la douleur si :

- il y a échec du traitement après essai de quatre médicaments pour la douleur neuropathique ;
- la dose d'opioïde est supérieure à 180 mg de morphine par jour ou équivalent ;
- il y a une réponse inadéquate à la prise en charge non spécialisée.

Proposer un programme multidisciplinaire de gestion de la douleur (PMD) lorsque le patient :

- a une faible capacité fonctionnelle ;

	– a des niveaux de détresse modérés à élevés ; – a des problèmes sociaux et professionnels liés à la douleur ; – ne peut pas bénéficier d'autres thérapies moins complètes ; – a une préférence pour une autogestion de sa douleur plutôt qu'une approche médicale. Retarder l'avis spécialisé jusqu'à ce que les autres voies de traitement soient épuisées peut être décourageant et inutile. S'assurer que les patients sont conscients que le PMD est une prise en charge de groupe axée sur l'amélioration de la qualité de vie et la reprise des activités normales.
ÉTAPE 6 Le suivi	Réévaluation initiale – Une fois la situation douloureuse stabilisée, une réévaluation initiale doit avoir lieu au plus tard à six mois. Suivis ultérieurs – Les examens ultérieurs devraient être au moins annuels. – À chaque examen, réévaluer la concordance et l'efficacité des médicaments, les effets indésirables, la consommation d'alcool et de drogues illicites, l'humeur, la fonction et, le cas échéant, revoir le plan de gestion de la douleur. – Envisager d'utiliser un système de rappel pour faciliter les examens annuels.
ÉTAPE 7 Exacerbations douloureuses	Réévaluation en cas d'épisode d'exacerbation de la douleur – Envisager une réévaluation en cas : de pathologie nouvelle, d'aggravation ou de besoin d'une investigation plus approfondie. – Planifier l'utilisation des stratégies non pharmacologiques. – Éviter d'utiliser des opioïdes puissants à courte durée d'action. Une utilisation de routine pendant les exacerbations peut augmenter la tolérance et entraîner une augmentation de la dose. – Réduire la dose des antalgiques entre les épisodes d'exacerbation. Rassurer – Rassurer le patient, en expliquant que les exacerbations sont fréquentes et ne sont pas nécessairement indicatives d'une aggravation de leur maladie sous-jacente. – Une revue des épisodes précédents peut être utile. – Rassurer le patient en lui disant qu'il n'y a pas de risque à maintenir ses activités normales de la vie quotidienne à un niveau modéré. – Déconseiller aux patients de se reposer de façon excessive pendant un épisode d'exacerbation.

Source : Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Pathway for chronic pain assessment, early management and care planning in non-specialist settings*. Dans: *Management of chronic pain. A national clinical guideline*. Edinburgh : SIGN; 2019. p. 50-3 [traduction libre]. https://www.sign.ac.uk/assets/sign136_2019.pdf

Tableau 7. Liste des informations à fournir au patient aux différentes étapes du parcours de soins (cette liste de contrôle n'est ni exhaustive, ni exclusive), d'après le SIGN, 2019 (59) :

Évaluation et autogestion

- Expliquer le mécanisme de la douleur et les avantages d'une approche holistique de la gestion de la douleur.
- Encourager le patient à revenir dans un délai convenu si le ou les traitements initialement prévus n'ont pas l'effet désiré et expliquer qu'il existe d'autres traitements qui peuvent être plus efficaces.
- Fournir des informations sur l'autogestion et préciser les accès aux ressources adaptées pour ce patient.
- Donner des conseils sur l'activité physique et encourager le patient à rester physiquement actif.

Thérapies pharmacologiques

- Donner des conseils sur le traitement administré, expliquer le traitement et ses effets et réévaluer périodiquement les médicaments prescrits.

Thérapies psychologiques

- S'assurer que le patient sait que les programmes de gestion de la douleur sont des traitements de groupe qui ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie.

Thérapies complémentaires

- Conseiller aux patients qui recherchent des thérapies en dehors du NHS de s'assurer que le praticien est membre d'un organisme professionnel agréé et approprié.
- Conseiller aux patients de s'informer auprès de leur médecin généraliste (ou professionnel de la santé) des thérapies complémentaires qu'il peut proposer.

Source : *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Checklist for provision of information. Dans: Management of chronic pain. A national clinical guideline. Edinburgh : SIGN; 2019* [traduction libre]. p. 36. https://www.sign.ac.uk/assets/sign136_2019.pdf

2.2.6. Les États-Unis

Analyse du problème

Aux USA, 50 millions d'adultes souffrent de douleur chronique, dont 19,6 millions avec un impact sur leurs activités de la vie quotidienne ou professionnelles. Le coût de la douleur est estimé entre 560 et 635 billions de dollars annuels. Parallèlement, le pays est confronté depuis deux décennies à une vague de décès sans précédent par overdose d'opioïdes sur ordonnance, mais aussi à la consommation d'héroïne et d'opioïdes synthétiques.

Principes pour une prise en charge efficace

En 2019, la *Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force* a émis un rapport (62). Il définit dix principes pour une prise en charge efficace et de qualité de la douleur (tableau 8).

Tableau 8. Dix principes pour une prise en charge efficace et de qualité de la douleur, d'après Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force (62)

1. Une approche individualisée et centrée-patient pour le diagnostic et le traitement de la douleur et l'établissement d'une alliance thérapeutique entre le patient et le médecin.
2. Pour les états douloureux aigus, une approche multimodale qui comprend des médicaments, des blocs nerveux, la physiothérapie et d'autres modalités.
3. Pour les états de la douleur chronique, une approche multidisciplinaire, utilisant une ou plusieurs modalités de traitement que l'on peut classer en 5 catégories :
 - médicaments : diverses classes non opioïdes et opioïdes doivent être envisagées en se basant sur le diagnostic de la douleur, les mécanismes de la douleur et les comorbidités associées, et après une anamnèse approfondie, un examen physique et d'autres procédures de diagnostic pertinentes. Une évaluation du bénéfice/risque du traitement doit être systématique avec pour objectifs d'assurer au patient une meilleure fonction et une meilleure qualité de vie. Un stockage et une élimination appropriés des médicaments doivent être assurés ;
 - thérapies de réhabilitation, y compris de physiothérapie et d'ergothérapie (réadaptation, exercices physiques, etc.) pour les douleurs aiguës et chroniques ;
 - approches interventionnelles : très nombreuses autant pour les douleurs aiguës et chroniques ;
 - approches comportementales pour les aspects psychologiques, cognitifs, émotionnels, comportementaux et sociaux de la douleur, qui peuvent avoir des impacts significatifs sur les résultats du traitement. La prise en charge de comorbidités psychiatriques du patient douloureux qui peuvent exacerber la douleur, mais aussi augmenter ses impacts sur la fonction et la qualité de vie du patient ;
 - approches complémentaires et intégratives, y compris l'acupuncture, le massage, les thérapies par le mouvement (par exemple le yoga, le tai-chi) ou par la spiritualité lorsqu'elles sont cliniquement fondées et indiquées.
4. Une prise en charge multimodale efficace des aspects complexes de la douleur aiguë ou chronique reposant sur le modèle de soins biopsychosocial.
5. La prise en compte des populations particulières, y compris enfants, jeunes adultes, adultes âgés, femmes, femmes enceintes, personnes souffrant de douleurs récurrentes telles que celles dues à la drépanocytose, populations ethniques, militaires, militaires de réserve en service actif, anciens combattants et patients atteints de cancer relevant de soins palliatifs.
6. L'évaluation des risques, avec une évaluation approfondie du patient et de ses traitements et l'identification de ses facteurs de risque : histoire du patient, histoire de la famille, facteurs psychosociaux, utilisation d'outils de dépistage et de diagnostic, programme de surveillance des médicaments sur ordonnance, etc. Une gestion des opioïdes avec une réévaluation régulière du patient. Une analyse des bénéfices/risques.
7. Éviter la stigmatisation du patient douloureux, qui peut être un obstacle à un traitement efficace. La prise en charge doit être empathique et centrée-patient.
8. Éducation des patients et des familles et formation des professionnels sont essentielles pour améliorer la prise en charge de la douleur. Éducation des patients par divers moyens : échanges avec le clinicien, matériels d'information, ressources web, etc. Renforcement de la formation initiale et continue des cliniciens, mais aussi par des solutions innovantes, tel le projet ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes). Sensibilisation des décideurs et du public aux problèmes et aux enjeux de la douleur.

9. Surmonter les obstacles à l'accès à des soins efficaces : renforcer les effectifs dans toutes les disciplines impliquées dans la gestion de la douleur. Améliorer la couverture santé et la rémunération des différentes modalités de prise en charge de la douleur, y compris la coordination des soins, la gestion complexe des opioïdes et la télé médecine.

Les soins primaires sont parfois la seule ressource pour la prise en charge du patient douloureux. Il est essentiel de soutenir la formation, le temps, le financement des équipes de soins primaires pour la prise en charge des patients douloureux.

10. Développer la recherche médicale et scientifique pour mieux comprendre les mécanismes de passage de la douleur aiguë à la douleur chronique, pour développer de nouvelles approches préventives, diagnostiques et thérapeutiques et pour mettre en œuvre des approches plus efficaces dans le système de santé.

Source : U.S. Department of Health and Human Services, Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force. Executive summary. Dans : Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force. Report: Updates, Gaps, Inconsistencies, and Recommendations. Washington: USDHHS; 2019. p. 1-2 [traduction libre]. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/pmtf-final-report-2019-05-23.pdf>

État des lieux

Au vu de ces dix principes, la *Task Force* a relevé les lacunes dans la politique d'évaluation et de prise en charge de la douleur aux USA, et a émis une série de recommandations en lien avec leur système de santé qui ne sont pas reprises dans le tableau 9. Dans cette analyse, les aspects populationnels sont très présents.

Tableau 9. Extraits choisis des manques (lacunes) recensés pour une politique plus efficace et de qualité aux USA (62) :

Approche biopsychosociale

- Lacune 1 : les incohérences et la fragmentation actuelles des soins de la douleur limitent les bonnes pratiques et les résultats pour les patients. Une politique cohérente pour la gestion de la douleur par toutes les parties prenantes concernées est nécessaire.

Douleurs péri et post-opératoires

- Lacune 1 : les thérapies multimodales non opioïdes sont sous-utilisées dans les domaines péri-opératoire, inflammatoire, musculosquelettique et de lésions des nerfs.
- Lacune 2 : des lignes directrices pour l'utilisation d'une prise en charge multimodale de la douleur aiguë sont nécessaires.
- Lacune 3 : les patients atteints de douleur chronique persistante après une intervention chirurgicale posent souvent des problèmes complexes non résolus et font souvent l'objet de soins sous-optimaux.

Approche multidisciplinaire, thérapeutiques médicamenteuses

- Lacune 1 : les recommandations pour l'utilisation des médicaments dans la douleur chronique doivent prendre en compte pour chaque groupe spécifique de population de patients (par exemple, différents âges, sexes, conditions, comorbidités) les spécialités des professionnels concernés et l'environnement.
- Lacune 2 : les opioïdes sont souvent utilisés précocement dans le traitement de la douleur. Les formations initiales et continues des médecins sur les approches appropriées des traitements de la douleur sont très limitées.
- Lacune 3 : il y a souvent un manque de compréhension, d'éducation et de formation concernant les indications et l'utilisation efficace des médicaments non opioïdes pour la gestion de la douleur aiguë ou chronique. La douleur chronique est souvent gérée de manière inefficace pour différentes raisons, y compris la formation des cliniciens, l'accès aux soins des patients, etc.
- Lacune 4 : il existe des obstacles à l'utilisation de la buprénorphine : son manque de couverture et de remboursement, un manque de formation à son bon usage et un accès limité à ce traitement pour la douleur chronique.
- Lacune 5 : l'éducation des patients et la formation des cliniciens sont actuellement insuffisantes concernant le stockage sécurisé des médicaments et l'élimination appropriée des excès de médicaments opioïdes afin de réduire les stocks et de limiter les risques de prise abusive par des personnes vulnérables au domicile ou ailleurs ou de façon accidentelle par des enfants.

Traitement à la naloxone

- Lacune 1 : la distribution de la naloxone en population est associée à une réduction de la mortalité ; cependant, son utilisation n'est pas suffisamment comprise et sa distribution insuffisante.

Thérapies de réadaptation

- Lacune 1 : les données ne sont pas claires concernant les thérapies de réadaptation et leurs indications dans les différents syndromes douloureux.

Procédures interventionnelles

- Lacune 1 : les procédures interventionnelles peuvent fournir des informations diagnostiques lors de l'évaluation des patients douloureux et permettent de soulager la douleur. Une évaluation complète par un spécialiste de la douleur qualifié est nécessaire pour identifier la procédure indiquée pour un patient douloureux donné. Malheureusement, les spécialistes de la douleur ne sont généralement pas impliqués lors de l'approche diagnostique multidisciplinaire et interviennent souvent tardivement dans le traitement, ce qui peut conduire à des résultats sous-optimaux pour le patient.
- Lacune 2 : des incohérences et des retards fréquents existent dans la couverture par les assurances des techniques interventionnelles, cliniquement appropriées, pour une maladie douloureuse ou un contexte particulier.

Approches psycho-comportementales

- Lacune 1 : l'accès à des approches de santé psychologique et comportementale fondées sur des données probantes pour traiter la douleur chronique, la santé mentale et les comorbidités (par exemple, dépression, anxiété, etc.) sont limitées selon les territoires, en lien avec les modalités de remboursement et/ou la formation dans les structures de soins primaires et de soins spécialisés.

Approches psycho-comportementales et comorbidités

- Lacune 1 : les recommandations de bonnes pratiques (RBP) pour la douleur chronique ne traitent pas de façon adéquate la manière de traiter les personnes ayant des comorbidités psychologiques associées (SUD⁴, OUD⁵, etc.) ou suspectées d'en avoir par une approche intégrative des soins de santé.
- Lacune 2 : de nombreuses RBP pour la douleur chronique ne s'attaquent pas de façon adéquate aux problèmes d'acceptation des traitements psychologiques.
- Lacune 3 : des manques dans la recherche existent quant à l'efficacité des interventions psychologiques comme traitement et pour les mésusages de substances dans la sous-population de patients souffrant de douleurs chroniques et de comorbidités psychologiques.
- Lacune 4 : il n'y a pas de preuves suffisantes sur l'efficacité des interventions à distance ou par des applications mobiles pour le traitement des patients souffrant de douleurs ou pour les troubles psychologiques associés.

Approches complémentaires et intégratives

- Lacune 1 : les approches complémentaires et intégratives sont souvent négligées dans la prise en charge de la douleur.
- Lacune 2 : il y a des lacunes dans la compréhension des approches de santé complémentaires et intégratives.

Populations particulières, les enfants

- Lacune 1 : la pénurie importante de spécialistes de la douleur pédiatrique et de centres de traitement dédiés de la douleur constitue un obstacle pour répondre aux besoins des patients pédiatriques souffrant de douleur aiguë et chronique. Cet accès limité est encore plus compromis par le manque de remboursement et de couverture des prestations, y compris les thérapies non pharmacologiques validées de la douleur.
- Lacune 2 : les patients pédiatriques souffrant de douleurs chroniques peuvent passer à des soins pour adultes. Pendant cette période de transition, ils peuvent manquer d'accès aux soins, avoir des besoins accrus en soins, les résultats des soins peuvent se dégrader, et ils peuvent présenter d'autres vulnérabilités et morbidités.
- Lacune 3 : la plupart des médecins spécialistes de la douleur ne sont pas accrédités en douleur pédiatrique et ne sont donc pas autorisés par leurs établissements à prendre en charge des enfants souffrant de douleur chronique.

⁴ SUD : *Substance Use Disorder* (toxicomanie) : les addictions/le mésusage des médicaments.

⁵ OUD : *Opioid Use Disorder* (trouble lié à l'utilisation d'opioïdes/abus ou dépendance aux opioïdes) défini dans le DSM-5 comme un mode problématique de consommation d'opioïdes entraînant une altération ou une détresse cliniquement significative.

- Lacune 4 : de nombreuses RBP actuelles ne traitent pas des meilleures pratiques de prescription d'opioïdes en pédiatrie. Les RBP et les données probantes sur les thérapies pharmacologiques non opioïdes chez les patients pédiatriques pour la douleur chronique font défaut.

Populations particulières, les personnes âgées

- Lacune 1 : il existe un besoin de directives sur la prescription d'opioïdes pour la population de personnes âgées qui est à risque accru de chutes, de troubles cognitifs, de dépression respiratoire, de troubles du métabolisme des organes, et de douleurs liées ou non à l'âge.

Populations particulières, les patients atteints de douleur cancéreuse

- Lacune 1 : les patients atteints de douleur cancéreuse sont fréquemment pris en charge par des praticiens non spécialistes de la douleur ou des soins palliatifs. Beaucoup d'oncologues et de médecins de soins primaires ne sont pas formés pour reconnaître ou traiter une douleur persistante associée à un cancer et à d'autres problèmes médicaux chroniques des soins palliatifs.
- Lacune 2 : les patients présentant une douleur persistante associée à un cancer et/ou à un traitement du cancer ou à une comorbidité des soins palliatifs reçoivent souvent des soins sous-optimaux avec des modalités de traitement restreintes.

Populations particulières, les femmes

- Lacune 1 : les femmes font face à des défis uniques concernant leur santé physique et mentale, leurs interactions avec le système de santé, et leurs rôles dans la société. De nombreuses maladies associées à la douleur – en particulier chronique à fort impact – ont une prévalence plus élevée chez les femmes ou sont spécifiques au genre, comme l'endométriose, les douleurs musculosquelettiques et les douleurs oro-faciales, la fibromyalgie, les migraines, les douleurs abdominales et les douleurs pelviennes.
- Lacune 2 : les femmes peuvent avoir une sensibilité accrue à la douleur. Il est à noter que les gynécologues-obstétriciens peuvent être en première ligne pour les soins à des femmes souffrant de douleurs, mais ils ne font que rarement partie des équipes de soins multidisciplinaires de la douleur.

Populations particulières, les femmes enceintes et en post-partum

- Lacune 1 : il existe un besoin de RBP fondées sur des preuves pour l'utilisation des antalgiques pendant la grossesse et la période du post-partum.

Populations particulières, maladies spécifiques

- Lacune 1 : il y a parfois un manque de partenariat entre le spécialiste des maladies (c'est-à-dire hématologue, oncologue, rhumatologue ou neurologue) et les structures proposant des programmes multidisciplinaires complets contre la douleur.

Populations particulières, la drépanocytose

- Lacune 1 : il y a un manque de directives de prise en charge pour le traitement de la douleur aiguë et chronique chez les enfants et adultes atteints de drépanocytose.
- Lacune 2 : les poussées épisodiques et imprévisibles de douleur aiguë sont un défi pour la gestion de la douleur des patients atteints de drépanocytose. La majorité de ces patients consulte en soins aigus après un échec aux antalgiques non opioïdes. Les contraintes liées à la durée du traitement opioïde peuvent rendre difficile l'individualisation de la prise en charge de la douleur. De plus, l'accès limité aux opioïdes oraux à domicile pour le traitement des douleurs aiguës non planifiées peut entraîner un recours accru aux services de santé qui pourrait être évité.
- Lacune 3 : la population des patients atteints de drépanocytose est confrontée à d'importantes disparités en matière de soins de santé qui affectent l'accès aux soins complets de la douleur et aux services de santé mentale. De plus, la stigmatisation de ces patients, les attitudes négatives des prestataires et la perception raciale associée à la douleur de la drépanocytose peuvent compromettre les soins, conduisant ainsi à une augmentation de la douleur et des prestations en soins pour cette douleur.

Populations particulières, barrières socio-économiques et culturelles

- Lacune 1 : les barrières socio-économiques et culturelles peuvent entraver l'accès des patients à des soins multidisciplinaires efficaces. La moindre qualité des soins de la douleur peut être liée à de nombreux facteurs : les accès aux soins de santé, un manque de couverture par une assurance santé, une discrimination, une absence d'équipe de soins primaires, un manque de garde d'enfants, une probabilité plus faible d'être dépisté, de recevoir un traitement ou d'avoir un environnement permettant l'autogestion.

- Lacune 2 : la recherche montre que les minorités ethniques peuvent être plus sensibles à la douleur et présenter un risque accru de douleur chronique, mais ces populations restent mal soignées.

Populations particulières, les militaires (texte non repris)

Programmes de surveillance des médicaments sur ordonnance

- Lacune 1 : l'utilisation du PDMP⁶ varie considérablement à travers les États-Unis, avec des variabilités dans la conception du PDMP, les informations de l'état de santé, les infrastructures technologiques, la réglementation en vigueur sur l'enregistrement des données, et l'accès et l'utilisation des prescripteurs.

Évaluation des risques

- Lacune 1 : le dépistage complet et l'évaluation des risques des patients prennent du temps mais sont vitaux pour une évaluation appropriée de leur douleur chronique. Le manque de rémunération suffisante pour le temps et le paiement des services ont contribué à créer des obstacles pour de meilleures pratiques dans les traitements par les opioïdes.
- Lacune 2 : il existe une variabilité dans les directives pour les traitements par les opioïdes, qui devraient être fondées sur des preuves et refléter les données démographiques des prestataires, les pratiques et les patients.

Éviter la stigmatisation du patient douloureux

- Lacune 1 : les patients souffrant de douleur chronique peuvent rencontrer des obstacles dans l'accès aux soins de la douleur car ils peuvent être stigmatisés en tant que personnes ayant un mauvais usage des médicaments. Le manque de biomarqueurs objectifs de la douleur, sa nature invisible contribuent à cette stigmatisation de la maladie et des attitudes sociétales qui assimilent la reconnaissance de la douleur à la faiblesse.
- Lacune 2 : la crise nationale de l'usage de drogues illicites, avec des décès par surdose, est confondue avec une thérapie appropriée pour les patients traités pour la douleur. Cette confusion a créé une stigmatisation qui contribue aux obstacles à un accès adéquat aux soins.

Éducation des patients et des familles et formation des professionnels

- Lacune 1 : une éducation publique nationale sur la douleur est nécessaire.
- Lacune 2 : l'éducation actuelle des patients fait défaut sur la douleur aiguë et chronique.
- Lacune 3 : les attentes des patients en matière de gestion de la douleur en péri-opératoire ne sont souvent pas en correspondance avec les pratiques ou procédures de gestion de la douleur.
- Lacune 4 : le matériel éducatif et les interventions actuelles pour les patients souffrant de douleur chronique manquent de cohérence, de standardisation et d'information compréhensible.
- Lacune 5 : il existe des lacunes dans la compréhension et l'éducation de la gestion de la douleur dans l'ensemble de la communauté des prestataires de soins de santé. Il y a une nécessité d'une formation complémentaire sur la douleur aiguë et chronique pour tous les prestataires de soins de santé dans les programmes de formation professionnelle, de formation post-universitaire et de formation complémentaire spécialisée.
- Lacune 6 : la douleur est généralement traitée comme un symptôme d'une autre maladie ou blessure ; elle n'est pas généralement reconnue comme une catégorie de maladie. Le manque d'éducation sur les syndromes et les mécanismes de la douleur limite la capacité à reconnaître la douleur chronique en tant que catégorie de maladie.

Information des parties prenantes

- Lacune 1 : la formation actuelle des décideurs aux niveaux national et fédéral offre d'importantes opportunités d'amélioration pour les douleurs aiguës et chroniques.

Surmonter les obstacles à l'accès à des soins efficaces

- Lacune 1 : les pénuries récurrentes d'antalgiques opioïdes et non opioïdes ont créé des obstacles au traitement approprié chez les patients douloureux.
- Lacune 2 : de nombreuses lignes directrices des financeurs liées à la douleur sont dépassées par rapport aux lignes directrices actuelles de pratique clinique.
- Lacune 4 : souvent, les financeurs ne remboursent pas les traitements pharmacologiques non opioïdes, qui sont plus chers que les opioïdes, comme injection/perfusion d'anesthésique local à action prolongée et analgésie intraveineuse d'acétaminophène.
- Lacune 5 : des soins coordonnés, individualisés et multidisciplinaires pour la gestion de la douleur chronique sont une pratique exemplaire, mais ce modèle de soins est difficile à réaliser avec les modèles de paiement actuels.

⁶ PDMPs : *Prescription Drug Monitoring Programs* (programmes de surveillance des médicaments sur ordonnance).

- Lacune 6 : il y a une pénurie de cliniciens spécialisés dans la douleur. Ces cliniciens comprennent les médecins de la douleur, les psychiatres spécialistes en toxicomanie et les psychologues, les pharmaciens, les infirmières, les kinésithérapeutes, les travailleurs sociaux, etc. De plus, il y a une pénurie d'équipes multidisciplinaires de gestion de la douleur pour les soins aux patients souffrant de douleurs complexes et de comorbidités physiques et psychologiques.

Développer la recherche médicale et scientifique

- Lacune 1 : des incitations à l'innovation dans le traitement de la douleur chronique et aiguë sont nécessaires pour l'amélioration du traitement.
- Lacune 2 : le sexe en tant que variable biologique ainsi que les facteurs génétiques, épigénétiques et expérientiels dans la progression de la douleur ne sont pas bien compris.
- Lacune 3 : il y a un manque de compréhension des facteurs contributifs qui prédisposent certains patients au SUD et à la toxicomanie.
- Lacune 4 : il y a un manque de recherche et de financement sur des modes innovants de prestation et de traitement des soins.

Source : U.S. Department of Health and Human Services, Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force. Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force. Report: Updates, Gaps, Inconsistencies, and Recommendations. Washington: USDHHS; 2019 [Traduction libre] <https://www.hhs.gov/sites/default/files/pmtf-final-report-2019-05-23.pdf>

2.2.7. L'Allemagne

Analyse du problème

Le traitement multimodal et interdisciplinaire de la douleur chronique est défini comme une approche thérapeutique complexe, basée sur une compréhension biopsychosociale de la maladie. Les pierres angulaires en sont le concept d'équipe, l'approche interdisciplinaire, une orientation vers les thérapies comportementales, le concept de « restauration fonctionnelle », et la préférence pour la remise en activité par rapport aux mesures interventionnelles passives.

En mai 2014, la Société de médecine allemande décide d'optimiser les soins médicaux liés à la douleur à l'échelle régionale et à proximité du domicile, avec un classement des soins. Elle considère que chaque patient a droit à des soins médicaux de haute qualité, y compris en matière de prévention et de traitement de la douleur aiguë et chronique, conformément à l'état actuel de la science.

Elle déclare que la formation à la douleur, développée à l'échelle nationale, mais aussi au niveau de réseaux régionaux, ainsi que la mise en œuvre de programmes de soins intégrés sont deux conditions préalables pour garantir des soins gradués, sous la coordination du médecin de famille.

Elle considère que la prise en compte des structures de traitement de la douleur avec des caractéristiques structurelles bien définies est requise dans les plans d'exigences des partenaires contractuels de l'État (conformément à l'article 99 du Livre V du Code social) afin d'assurer un approvisionnement adéquat et local en médicaments contre la douleur, et aussi comme condition préalable à une rémunération appropriée et à une planification économique sécurisée pour les médecins travaillant dans les structures de traitement de la douleur.

Une des conditions est la définition de critères objectifs pour une structuration des soins en plusieurs niveaux d'intervention. Le médecin généraliste/spécialiste reste à la base du diagnostic et des soins médicaux de la douleur en tant que premier recours pour les patients.

Le second recours relève de structures dont les qualifications vont au-delà de celles de la médecine générale et qui, dans le cadre des soins gradués, se caractérisent soit par une spécialisation particulière, soit par une appartenance à une structure en établissement.

La commission paritaire des sociétés et associations spécialisées pour la qualité de la médecine de la douleur en Allemagne a défini une structure dédiée à la douleur chronique comme ayant une compétence spécialisée en médecine de la douleur, en recours au médecin généraliste ou spécialiste de ville.

Cependant, il n'a pas été proposé d'amélioration des connaissances de base en médecine de la douleur jusqu'en 2016, avec la création alors d'une spécialité en « médecine de la douleur » afin d'améliorer le recours à la suite des soins primaires.

En pratique

Les structures de prise en charge de la douleur chronique à l'hôpital

La prise en charge de la douleur chronique en milieu hospitalier est répartie au sein de deux dispositifs, l'un en hospitalisation de jour qui a été la première organisation spécifiquement dédiée, l'autre en hospitalisation complète, lorsque la prise en charge ambulatoire n'est pas possible.

L'approche intégrative est considérée comme le critère de qualité obligatoire pour ces dispositifs. Les premières recommandations professionnelles en 2011 ont été suivies par une mise à jour en 2018, permettant de caractériser quels types de recours étaient nécessaires et pour quels patients, ainsi que les conditions minimales des structures pour être labellisées et financées.

L'hospitalisation de jour est le recours le plus fréquent, en dehors de la prise en charge par le médecin généraliste. Elle requiert obligatoirement une équipe pluriprofessionnelle d'au moins trois personnes, dont au minimum un somaticien médecin et un psychothérapeute, qu'il soit médecin ou non. Le troisième intervenant doit être un physiothérapeute. L'équipe est financée sur une base fixe, le financement étant remis en cause dès lors que l'un des trois professionnels est absent (le remplacement est donc nécessaire en cas de vacances ou de congés). La tenue de RCP hebdomadaires, d'un dossier patient partagé (dématérialisé ou non) et une retranscription des échanges avec les professionnels extérieurs aux structures sont nécessaires et obligatoires pour l'élaboration du projet de soins pluriprofessionnel élaboré en RCP.

L'hospitalisation complète relève des mêmes principes d'organisation pluriprofessionnelle et de tenue administrative du suivi du patient. En plus, il faut pouvoir justifier que ce type de prise en charge est liée à l'incapacité, soit en termes de moyens, soit en termes d'échec des tentatives antérieures, de réaliser une prise en charge adaptée au patient de façon ambulatoire. Il n'est pas précisé dans les textes réglementaires si l'hospitalisation complète est réalisée par l'équipe qui réalise l'hospitalisation de jour, mais cette identité semble implicite.

Ces critères des dispositifs ont été élaborés conjointement par l'équivalent de notre assurance maladie, les sociétés savantes, les institutions chargées des démarches qualité.

Il existe de grandes différences régionales en termes d'offre de soins et de nombre d'établissements avec ces structures. Alors que les premiers établissements proposaient l'approche intégrative principalement dans une clinique de jour, le système de groupement de cas liés au diagnostic a été introduit. À partir de 2004, en plus des soins quotidiens, de plus en plus de services hospitaliers ont participé aux soins dans le domaine de la douleur. L'approche intégrative hospitalière complète est actuellement proposée dix fois plus fréquemment que l'approche hospitalière cloisonnée par pathologie pour la douleur chronique.

Les cas hospitaliers ambulatoires dit « sensibles » servent d'indicateur de qualité pour les soins de santé dans le secteur ambulatoire de l'hôpital. Ils se définissent comme les cas traités en milieu hospitalier qui, si à leur arrivée la qualité du traitement est optimale, sont classés comme évitables et en ambulatoire comme traitables. En 2012, en Allemagne, ils représentaient environ 20 % de toutes les hospitalisations. En 2015, dans le cadre d'un processus de consensus, un catalogue de ces diagnostics a été établi. Les cas sensibles qui y sont répertoriés incluent les lombalgies, la migraine et les céphalées. En 2012, le nombre de cas d'hospitalisation potentiellement évitables a été estimé supérieur à 80 % pour le diagnostic de lombalgie. Afin de réduire ces cas, il a été recommandé une optimisation du traitement à long terme, dès le début de l'histoire douloureuse.

Cependant, les taux de cas sensibles sont également déterminés par les conditions régionales : ces taux sont nettement plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Il est admis que le nombre de cas sensibles ne peut être réduit que par une amélioration et une coordination de la prise en charge, et en premier lieu dans le secteur médical primaire. Il faut optimiser et améliorer la coordination des prises en charge des soins de premier et second recours, en particulier pour les cas complexes. La réduction des cas sensibles peut enfin être obtenue en augmentant le nombre de structures dédiées à la douleur.

Prise en charge ambulatoire en soins primaires de la douleur chronique

La prise en charge ambulatoire de la douleur chronique, lorsqu'elle repose sur les soins primaires, c'est-à-dire le médecin généraliste, n'est soumise à aucun critère de qualité en dehors de celui lié à l'approche intégrative. Dans la mesure du possible, le médecin généraliste doit requérir des avis

complémentaires élaborés de façon multimodale et solliciter le cas échéant le recours à un accompagnement social.

Dans ce cadre, il n'y a pas de financement spécifique, chaque acteur agissant dans des conditions de pratiques habituelles. Si un groupement de professionnels, exerçant de façon coordonnée, est susceptible d'organiser de façon formalisée une prise en charge pluriprofessionnelle avec au moins un médecin somaticien, un psychothérapeute et un physiothérapeute, la labellisation de cette organisation est possible avec la reconnaissance d'une compétence en douleur chronique. Dans ce cadre, le financement n'est pas précisé et fait l'objet aujourd'hui d'une expérimentation dans divers territoires avec l'équivalent de notre assurance maladie.

La mise en œuvre de l'approche intégrative dans le secteur ambulatoire n'a jusqu'à présent été proposée que dans le cadre de projets modèles qui ne sont pas pris en charge dans le cadre des soins standards. En ce qui concerne les critères structurels et de contenu, mais aussi le système de rémunération ambulatoire, la norme d'évaluation uniforme fait obstacle à une adaptation plus souple, de sorte qu'il n'y a pas encore de régulation de la rémunération, comme c'est le cas dans le secteur hospitalier.

2.2.8. Le Royaume-Uni

Analyse du problème

Dans les années 40, en Angleterre est née la première organisation de prise en charge de la douleur pour les patients cancéreux avec l'utilisation des opioïdes par les anesthésistes. Cette prise en charge s'est progressivement ouverte aux douleurs non cancéreuses, puis à la pluridisciplinarité. En 2004, la société savante *British Pain Society* est créée et prend son essor à partir de 2007.

En 2009, le ministère de la Santé déclare la douleur comme une priorité de santé publique nécessitant des professionnels formés proches des patients. Un premier audit est alors réalisé et une « carte de la douleur chronique » est créée, utilisée encore de nos jours, et qui permet de repérer les professionnels formés proches de chez soi.

En 2009, premier audit sur la douleur (63)

Cet audit réalisé sur de petits groupes de patients douloureux chroniques a montré une situation qui n'était pas satisfaisante. 8 % des patients étaient en détresse et 20 % avaient consulté les urgences dans les 6 mois. Moins de la moitié des centres de la douleur avaient un personnel suffisant et les compétences minimales requises. Il n'y avait pas de protocole de gestion des effets indésirables. Des pathologies complexes étaient mal diagnostiquées et nombre de traitements prévus n'avaient pas été administrés.

À la suite de ce rapport, une série de recommandations est émise et **des critères indispensables pour la création de structures spécialisées de prise en charge de la douleur (SSD)** ont été définis.

- Une SSD nécessite au moins deux consultants avec des compétences et une expérience en médecine de la douleur, telle que définie par la Faculté de médecine de la douleur du Collège royal des anesthésistes.
- Aucun praticien exerçant seul et de manière isolée ne peut prétendre diriger une SSD.
- Une SSD doit posséder des professionnels spécialisés en physiothérapie, ergothérapie et psychologie clinique, avec des temps dédiés à la participation des réunions de concertation pluridisciplinaire/pluriprofessionnelle douleur (RCP).
- Une SSD doit avoir accès à des données pharmaceutiques spécifiques.
- Une SSD doit avoir accès à des ressources locales en psychiatrie, médecine palliative, spécialités chirurgicales et médicales, gynécologie, pédiatrie, neurologie et médecine de réadaptation, en fonction des besoins.
- Une SSD doit s'engager en matière de gouvernance clinique, d'audit, de formation et d'éducation aux niveaux local et national, et promouvoir les bonnes pratiques. Elle est responsable de la mise à jour annuelle des protocoles à partir des recommandations nationales. Elle doit collecter les données et réaliser les audits.
- Une SSD doit avoir une organisation centrée sur la coordination et la communication avec les différents centres communautaires locaux. Il est demandé d'avoir un minimum de 3-4 domaines de prise en charge de douleurs spécifiques par centre et avoir des centres de la douleur pour mineurs. Les prises en charge de cas rares ou complexes doivent être coordonnées sur le territoire. Les délais d'accès à une SSD doivent être raisonnables comme définis par l'IASP.
- Une SSD doit pouvoir prendre en charge les patients douloureux en urgence (par exemple pour les douleurs cancéreuses ou la névralgie du trijumeau, etc.). La prise en charge des douleurs aiguës nécessite des unités avec des personnels formés, pluriels et disponibles (par exemple, infirmier ou anesthésiste de nuit ou de week-end) avec la mise en place de protocoles pouvant, au besoin, être appliqués par l'infirmier d'astreinte. Ces protocoles doivent aussi prévoir le suivi

de l'efficacité et de la survenue d'effets indésirables. Ces prises en charge peuvent nécessiter l'accès aux techniques de physiothérapie. Un relais doit être prévu en ambulatoire. Ces pratiques doivent faire l'objet d'audits et d'un processus d'amélioration continue de la qualité.

En 2011, une formation spécifique sur la douleur est proposée aux médecins anesthésistes et des documents de référence sont édités sur la prise en charge et les conduites à tenir face à un patient douloureux, avec la notion de soins centrés sur le patient.

En 2013, second audit sur la douleur (64)

Cet audit a mis en évidence un manque de personnels qualifiés, de pluridisciplinarité et cohésion entre les thérapies physiques, psychologiques et médicamenteuses au sein des SSD, un manque de structure régionale de référence, un manque dans l'organisation du parcours de soins des patients douloureux, des manques de mesures d'impact et de contrôle, ainsi que des diagnostics erronés. Il y avait des carences en termes de transmission d'informations et de suivi. Les patients avaient des difficultés à identifier les structures de soins dédiées et les compétences et les traitements qui y étaient disponibles. Les médecins non anesthésistes étaient insuffisamment formés à la douleur, avec de rares cours théoriques et pas d'atelier pratique, ni de stage.

À la suite de ce rapport, il a été proposé de développer les compétences des professionnels de santé non médecins et d'établir des normes de prise en charge de la douleur dans les services afin d'uniformiser les pratiques. Il a été décidé d'évaluer l'éducation thérapeutique comme outil de prise en charge de la douleur, d'analyser l'efficacité des traitements par sous-groupes et de mettre en place une meilleure coordination entre les différents acteurs de soins.

Dans les structures spécialisées de prise en charge de la douleur, il a été proposé de :

- mettre en place des protocoles de prévention : dépister les patients à risque, évaluer le risque mental, créer une liste des erreurs de diagnostic ;
- mettre en place des centres de la douleur pluriprofessionnels dirigés par des médecins non anesthésistes ;
- mettre en place des guides à disposition des centres de santé et d'aides sociales ;
- intégrer les structures spécialisées douleur dans leur zone géographique ;
- renforcer leurs liens avec les médecins de médecine physique et de réadaptation et les médecins du travail ;
- créer une classification des services de prise en charge de la douleur et de leur niveau de recours.

Ainsi, il a été identifié trois niveaux de services de prise en charge de la douleur⁷ :

- niveau 1 pour les cas moins complexes, structures capables de fournir des traitements basés sur les TCC et de réévaluer les traitements médicamenteux ;
- niveau 2, structures pluriprofessionnelles capables de fournir des soins avec un large éventail de compétences, avec au minimum un médecin, un psychologue, un kinésithérapeute et un autre professionnel ;
- niveau 3, structures pluriprofessionnelles et multidisciplinaires transversales pour les cas les plus complexes (pathologies complexes, évaluation du risque de suicide, risques professionnels, etc.) avec mise en place de RCP.

⁷ "Find a Clinic" du site web du *National Pain Audit*.

En pratique aujourd'hui

En 2013, le *National Health Service* (NHS)⁸, agence indépendante qui organise le système de santé publique en Angleterre, à l'occasion d'une modification majeure de son financement, a été amené à se réorganiser. Il a créé des groupes de travail clinique avec la participation des médecins généralistes, sur la quasi-totalité des structures de soins, dont les unités de prise en charge de la douleur.

Ces groupes de travail clinique ont relevé l'importance de l'intégration des soins primaires et des soins de second recours dans la prise en charge de la douleur. Ils ont relancé la carte des médecins de la douleur et la structuration de parcours de soins.

En 2019, troisième audit sur la douleur (65)

Cette évaluation a souligné la persistance de besoins d'informations des professionnels de santé sur les programmes de gestion de la douleur dans le cadre de parcours de santé et de vie du patient, avec des normes, des recommandations et des fiches conseil.

Les sociétés savantes⁹ ont proposé de créer des **centres de soins primaires de la douleur**, en lien avec les centres de soins secondaires, avec l'utilisation d'un même **outil d'audit** pour les praticiens d'un même cabinet en vue d'uniformiser les pratiques.

Cet outil doit permettre, par exemple de : 1) examiner les prescriptions, 2) évaluer le nombre de patients douloureux, 3) étudier les caractéristiques de la patientèle, 4) déterminer le nombre de recours à des spécialistes de la douleur.

Il peut comprendre :

- des auto-questionnaires de repérage de la douleur pour toute la patientèle en soins primaires ;
- des auto-questionnaires pour les patients repérés comme douloureux ;
- un formulaire d'audit des pratiques des cabinets de médecine générale et des centres locaux de prise en charge de la douleur, afin d'améliorer la coordination et la cohérence des soins ;
- des conseils sur la lettre d'adressage au centre de soins primaires après la réalisation d'une consultation spécialisée pour la douleur ;
- l'organisation d'une réflexion sur ces audits avec la participation d'au moins un patient expert, voire l'étude de parcours de patients pris en charge (patient-traceur) ;
- la coordination des prises en charge de premier et second recours, en précisant pour les soins primaires : les types de douleur pris en charge, les ressources thérapeutiques et les ressources professionnelles mobilisables, leurs formations et les rôles de chacun ;
- l'établissement d'une liste de correspondants selon les types d'expertise avec le nom du contact, afin d'améliorer l'accès à une prise en charge la plus adaptée.

Par ailleurs, des programmes de formation à la douleur ont vu le jour, parfois en ligne sur le web, par exemple sur les sites : <http://www.e-lfh.org.uk/projects/pain-management/>, www.bandolier.org.uk/booth/painpag/index.html

⁸ A practical guide to the provision of chronic Pain Services for adults in Primary Care (British Pain society + Royal college of GP).

⁹ A practical guide to the provision of chronic Pain Services for adults in Primary Care (British Pain society + Royal college of GP).

2.2.9. Les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence* de 2021, Royaume-Uni

Analyse du problème

Au Royaume-Uni, la prévalence de la douleur chronique toucherait un tiers à la moitié de la population. La prévalence de la douleur chronique primaire est estimée entre 1 % et 6 %. On ne sait pas quelle proportion de personnes souffrant de douleur chronique ont besoin ou souhaitent un traitement.

La douleur chronique s'entend comme une douleur persistante ou récurrente depuis plus de 3 mois. La CIM-11 propose une nouvelle classification des douleurs chroniques, en douleurs chroniques primaires et syndromes douloureux chroniques secondaires, qui peuvent coexister.

L'expérience de la douleur est influencée par des facteurs sociaux (y compris la privation, l'isolement, le manque d'accès aux services), des facteurs émotionnels (y compris anxiété, détresse, traumatisme antérieur), les attentes et les croyances, des facteurs en lien avec la santé mentale (y compris dépression et état de stress post-traumatique) et des facteurs biologiques. Lors de l'évaluation et de la prise en charge des douleurs chroniques, ces facteurs doivent être pris en compte.

Le 7 avril 2021, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) a publié (66) :

- des recommandations pour l'évaluation de toutes les douleurs chroniques (primaires, secondaires ou les deux) chez les personnes âgées de 16 ans et plus (tableau 10)

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421>

- des recommandations pour la prise en charge des douleurs chroniques primaires

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/evidence>

Ces recommandations s'adressent aux professionnels de santé, aux autres professionnels en charge de personnes souffrant de douleur, aux patients souffrant de douleur chronique primaire et secondaire, et à leur famille et leurs aidants.

Les affections douloureuses chroniques primaires et secondaires peuvent se succéder ou coexister. Dans ces cas, la prise en charge est guidée à la fois par cette recommandation et la recommandation élaborée par le NICE pour la pathologie causale.

Le NICE a aussi émis des recommandations pour la recherche chez les personnes âgées de 16 ans et plus, concernant des thérapeutiques ou des indications en suspens, avec pour questions : Quels impacts cliniques et quelle rentabilité dans la gestion de la douleur (tableau12) ?

Tableau 10. Recommandations du NICE, 2021 (66). Évaluer tous les types de douleur chronique (douleurs chroniques primaires, douleurs chroniques secondaires ou les deux) :

(1) Évaluation centrée sur la personne	Réaliser une évaluation centrée sur la personne des patients souffrant de douleur chronique pour identifier les facteurs contribuant à la douleur et comment la douleur affecte la vie de la personne.
	Lors de l'évaluation et de la prise en charge de tout type de douleur chronique, suivre les recommandations du <i>NICE, Guideline on patient experience in adult NHS services</i>, en particulier en ce qui concerne : – reconnaître le patient en tant qu'individu ; – permettre au patient de participer activement à ses soins, notamment en assurant une communication et une information adéquates et une prise de décision partagée.
	Favoriser une relation de collaboration et de soutien avec la personne atteinte de douleur.
(2) Rechercher les causes possibles de la douleur	Penser à un diagnostic de douleur primaire chronique s'il n'y a pas de cause retrouvée ou si la douleur ou ses impacts sont disproportionnés par rapport à une blessure ou une maladie observable, en particulier lorsque la douleur est cause de détresse et de handicap.
	Savoir rechercher toute blessure ou maladie pouvant causer la douleur, et apprécier si la douleur ou ses impacts sont disproportionnés par rapport à la blessure ou la maladie identifiée, en faisant appel à son jugement clinique dans la discussion avec le patient souffrant de douleur chronique.
	Savoir qu'un diagnostic initial de douleur chronique primaire peut changer avec le temps. Réévaluer le diagnostic si la présentation clinique change.
	Savoir qu'une douleur chronique primaire peut coexister avec une douleur chronique secondaire.
(3) Parler de la douleur – comment cela affecte la vie et comment la vie affecte la douleur	Demander à la personne de décrire en quoi la douleur chronique affecte sa vie et celle de sa famille, des aidants et des proches, et comment certains aspects de sa vie peuvent affecter sa douleur chronique. Cela peut inclure : – le mode de vie et les activités quotidiennes, y compris le travail et les troubles du sommeil ; – le bien-être physique et psychologique ; – les événements stressants de la vie, y compris les traumatismes physiques ou émotionnels passés ou actuels ; – les antécédents actuels ou passés d'abus de substances ; – les interactions sociales et les relations ; – les difficultés d'emploi, de logement et de revenus et les autres préoccupations sociales.
	Être sensible aux antécédents socio-économiques et aux facteurs culturels, ethniques et confessionnels de la personne, et réfléchir à la façon dont ceux-ci pourraient influencer ses symptômes, leur compréhension et ses choix dans la gestion de la douleur.
	Explorer les forces de la personne, ainsi que l'impact de la douleur sur sa vie. Cela peut inclure de parler de : – son point de vue sur le bien-vivre ; – les compétences dont elle dispose pour gérer sa douleur ; – ce qui l'aide lorsque sa douleur est difficile à contrôler.

	Interroger le patient sur la compréhension de son état et celle de sa famille, des aidants et des proches. Cela peut inclure : – leur compréhension des causes de sa douleur ; – leurs attentes sur ce qui pourrait arriver à l'avenir par rapport à sa douleur ; – leur compréhension des résultats des traitements possibles.
	Lors de l'évaluation de la douleur chronique chez les personnes âgées de 16 à 25 ans, tenir compte : – des différences liées à l'âge dans la présentation des symptômes ; – de l'impact de la douleur sur les interactions et dynamiques familiales ; – de l'impact de la douleur sur l'éducation et le développement social et affectif. Voir les recommandations du NICE sur la transition des services pour enfants aux services pour adultes pour les jeunes personnes utilisant des services de santé ou des services sociaux.
	Reconnaître que vivre avec une douleur peut être pénible et le reconnaître avec la personne souffrant de douleur chronique.
(4) Fournir des conseils et des informations	Fournir des conseils et des informations pertinents correspondant aux préférences individuelles de la personne, à toutes les étapes des soins, pour l'aider à prendre des décisions sur la gestion de son état, y compris pour l'autogestion.
	Discuter avec la personne souffrant de douleur chronique et sa famille ou ses aidants (de façon appropriée) sur : – la probabilité que les symptômes fluctuent avec le temps et qu'il puisse y avoir des poussées ; – la possibilité qu'une cause de la douleur (ou d'une poussée) ne soit pas identifiée ; – la possibilité que la douleur ne s'améliore pas ou s'aggrave et puisse nécessiter un suivi continu ; – la possibilité qu'il y ait des améliorations de la qualité de vie même si la douleur reste inchangée.
	Lorsque vous communiquez des résultats de tests normaux ou négatifs, soyez sensible au risque d'invalider le ressenti douloureux de la personne atteinte de douleur chronique.
(5) Élaboration d'un plan de soins et d'accompagnement	Discuter d'un plan de soins et de soutien avec la personne souffrant de douleur chronique. Explorer dans les échanges : – ses priorités, ses capacités et ses objectifs ; – ce qu'elle fait déjà et qui est utile ; – ses approches préférées du traitement et les interactions avec des traitements pris pour d'autres maladies ; – les soutiens nécessaires aux jeunes adultes (âgés de 16 à 25 ans) pour poursuivre leurs études ou une formation (si cela est approprié).
	Expliquer, selon les données disponibles, les possibles bénéfices, risques et incertitudes de toutes les options de prise en charge lors de l'élaboration initiale du plan de soins et d'aides et lors des étapes de suivi des soins.
	Profiter de ces discussions pour informer et convenir du plan de soins et d'aides avec la personne souffrant de douleur chronique et sa famille ou ses aidants (le cas échéant).
	Les options de gestion de la douleur chronique : – conformément à la première partie de ces recommandations, si l'évaluation suggère que la personne a une douleur chronique primaire ;

	– conformément aux recommandations du NICE de la pathologie causale, si la pathologie sous-jacente explique de façon adéquate la douleur et son impact.
	Lorsqu'une douleur chronique primaire et une douleur chronique secondaire coexistent, utiliser son jugement clinique pour définir de façon partagée avec le patient les options de gestion de la douleur, en se basant sur ces recommandations et celles du NICE de la pathologie en cause.
(6) Exacerbation de la douleur ¹⁰	Proposer une réévaluation si une personne présente un changement des symptômes, comme un épisode d'exacerbation de la douleur chronique. Savoir que la cause de la poussée douloureuse peut ne pas être identifiée. Si une personne a une poussée de douleur chronique : – revoir le plan de soins et d'aides ; – prévoir d'évaluer et de gérer tout nouveau symptôme ; – discuter de ce qui a pu contribuer à la poussée (voir (3)).

Source : National Institute for Healthcare Excellence. Recommendations. Dans: *Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain* London: NICE; 2021. p. 7-12 [traduction libre]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421>

¹⁰ Une poussée ou exacerbation de la douleur chronique est une aggravation soudaine et temporaire des symptômes. Cela fait généralement référence à une douleur plus intense quotidiennement. Elle peut également faire référence à un changement dans les signes associés (la fatigue, la raideur, la fonction ou l'activité de la maladie). Les poussées peuvent être imprévisibles et leur durée peut varier.

Tableau 11. Recommandations du NICE, 2021 (66). Prise en charge de la douleur chronique primaire (ou en cas de coexistence d'une douleur chronique primaire et secondaire) :

Traitements	Recommandations dans les douleurs chroniques primaires	Justifications pour les douleurs chroniques primaires
(7) Programmes d'exercice et activité physique pour la douleur chronique primaire	Proposer un programme d'exercices en groupe supervisé aux personnes de 16 ans et plus pour gérer une douleur chronique primaire. Prendre en compte les besoins, les préférences et les capacités de ces personnes.	Amélioration de la qualité de vie à court et à long terme. Plus de données sur l'efficacité des exercices en groupe et supervisés. Peu de différences entre les différents types d'exercices, en endurance, en renforcement musculaire ou mixte. Cela pourrait dépendre du type de douleur.
	Encourager les personnes souffrant de douleur chronique primaire à rester physiquement actives pour avoir des bénéfices sur le long terme et sur l'état de santé en général (voir les recommandations du NICE sur l'activité physique et les changements de comportement : approches individuelles).	Aucun effet délétère n'a été retrouvé, mais un grand nombre d'abandons. Le choix doit tenir compte des préférences et des capacités des personnes.
(8) Thérapie psychologique pour la douleur primaire chronique	Envisager une thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ou une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de la douleur chez les personnes âgées de 16 ans et plus souffrant de douleur chronique primaire, délivrée par des professionnels de santé ayant une formation appropriée.	ACT améliore la qualité de vie et le sommeil et diminue la douleur et la détresse psychologique. Une étude médico-économique montre qu'elle est rentable. TCC améliore la qualité de vie, inconstant sur les autres résultats. Deux études médico-économiques montrent qu'elle est rentable. Des recherches complémentaires sont préconisées. Pas de preuve d'une supériorité de l'ACT sur la TCC et inversement.
	Ne pas proposer de biofeedback aux personnes âgées de 16 ans et plus pour gérer une douleur chronique primaire.	Biofeedback : des preuves contradictoires, avec peu de preuves de bénéfices et certaines preuves d'effets indésirables. La relaxation, sophrologie, pleine conscience : pas suffisamment de preuves pour les recommander. Des recherches complémentaires sont préconisées. Éducation à la douleur : preuves limitées sans effet clinique sur l'amélioration de la qualité de vie ou de détresse psychologique, mais un bénéfice possible sur la douleur et pas d'effet délétère. Elle a été intégrée aux recommandations sur l'évaluation et le plan de soins. Hygiène du sommeil : preuves limitées sur l'amélioration de la qualité de vie, le sommeil et la douleur. Elle est considérée comme faisant partie des TCC, d'où pas de recommandations. Hypnose : une seule étude suggère une amélioration de la douleur, mais pas sur la qualité de vie, ni la détresse psychologique. Pas de recommandations.

Traitements	Recommandations dans les douleurs chroniques primaires	Justifications pour les douleurs chroniques primaires
(9) Acupuncture pour la douleur primaire chronique	Envisager un seul cycle de séances d'acupuncture traditionnelle (système d'acupuncture chinois ou occidental) dans la douleur chronique primaire chez les personnes âgées de 16 ans et plus, si et seulement si la séance : – est dispensée dans un cadre communautaire ; – et est délivrée par un professionnel de la santé avec formation appropriée ; – et ne dépasse pas 5 heures de temps de professionnel de la santé (le nombre et la durée des séances peuvent être adaptés dans ces limites) ; – ou est délivrée par un autre professionnel de la santé ayant une formation appropriée, avec des modalités permettant d'obtenir un coût équivalent ou inférieur.	De nombreuses études ont montré une réduction de la douleur et amélioration de la qualité de vie à court terme (jusqu'à 3 mois) par rapport aux soins habituels ou à l'acupuncture fictive. Pas assez de preuves pour déterminer les avantages à plus long terme. Deux évaluations médico-économiques ont montré un bon équilibre coûts-efficacité pour les personnes souffrant de cervicalgie chronique, si les coûts restaient faibles. Aucune preuve pour des recommandations pour des sessions répétées de séances d'acupuncture. L'absence de preuve de l'efficacité à long terme et des sessions répétées, ainsi que les données sur les coûts-efficacité justifient les limitations de la recommandation sur l'acupuncture dans la douleur chronique primaire. De grandes variations dans les types et les intensités des interventions étudiées, d'où des modalités de prestations qui devraient dépendre de la personne. En l'absence d'efficacité des premières séances, le cycle des séances devrait être arrêté.
(10) Thérapeutiques physiques électriques dans la douleur primaire chronique	Ne proposer aucun des traitements suivants aux personnes âgées de 16 ans et plus pour gérer une douleur chronique primaire car il n'y a aucune preuve de leurs bénéfices : – TENS ; – ultrasons ; – thérapies interférentielles (stimulation électrique).	Les « thérapies électriques » : des preuves limitées et des bénéfices au-delà de 3 mois pas évidents. À l'exception de la thérapie au laser et de la stimulation magnétique transcrânienne (TMS) qui ont montré un bénéfice pour la douleur rapporté par le patient, mais les preuves à 3 mois étaient aussi limitées, et il n'y avait aucune preuve de rentabilité. La thérapie au laser a aussi montré des améliorations de la qualité de vie, à la différence de la TMS. Les modalités d'utilisation de la thérapie au laser variaient considérablement dans les études (longueur d'onde, puissance et temps d'application). Compte tenu de la qualité des preuves, des données limitées à long terme et du manque de preuves sur la rentabilité : pas de recommandation pour la thérapie au laser ou TMS, mais des recommandations de recherches complémentaires. Les ultrasons ou la thérapie interférentielle : aucune preuve. La TENS : pas de différence clinique importante par rapport à la TENS fictive et les soins habituels à court terme (3 mois) et aucune preuve à plus long terme. La TENS, les ultrasons et la thérapie interférentielle sont utilisés dans les douleurs chroniques primaires par certains dans le NHS sans preuve de bénéfice, les ressources devraient être réaffectées à des domaines présentant davantage de preuves cliniques et de coûts-efficacité. Pas de recommandations de recherches complémentaires.

Traitements	Recommandations dans les douleurs chroniques primaires	Justifications pour les douleurs chroniques primaires
		La neurostimulation électrique percutanée (PENS) et la stimulation transcrânienne à courant continu (TDCS) : preuves très limitées et contradictoires. Pas de recommandations dans la douleur chronique primaire, ni de recommandations pour des recherches complémentaires.
<i>Programmes de gestion de la douleur</i> (Définition : toute intervention comportant au moins deux composantes, y compris une composante physique et psychologique, dispensées par des personnes formées, avec une certaine interaction/coordination entre les deux composantes)	Pas de recommandation.	Programmes de gestion de la douleur pour la douleur primaire chronique : pas de bénéfices sur la qualité de vie et les autres résultats. Pour les douleurs chroniques mixtes, un bénéfice a été observé en termes de qualité de vie, mais essentiellement pour des personnes souffrant de lombalgie chronique, et des avantages limités pour la fonction, la détresse psychologique. Dans ces études, les méthodes de prestation de ces programmes étaient très différentes (intensité, durée, composantes, structures prestataires et le personnel, objectifs). Pas de données pour conclure à la rentabilité de ces programmes. Donc pas de recommandations en thérapeutique dans tous les types de douleurs, mais une prise en compte dans le cadre de la prise en charge (5) qui doit être centrée sur la personne.
Thérapies manuelles	Pas de recommandation.	Thérapies manuelles : peu d'études et sur des échantillons de petites tailles, avec des variations du type et de l'intensité de la thérapie et souvent aucune preuve de résultats au-delà de 3 mois. Pas d'effet délétère. Pas de recommandation en thérapeutique, mais des recommandations de recherches complémentaires.
Interventions sociales	Pas de recommandation.	Interventions sociales pour la douleur chronique primaire et secondaire : pas de données sur les bénéfices, ni sur la rentabilité. Toutefois, la mise à disposition d'assistants sociaux fait partie du plan de prise en charge sur le long terme du NHS. Pas de recommandations en thérapeutique, mais des recommandations de recherches complémentaires.

Traitements	Recommandations dans les douleurs chroniques primaires	Justifications pour les douleurs chroniques primaires
Prise en charge pharmacologique de la douleur primaire chronique		
(11) Les antidépresseurs	Envisager un antidépresseur, soit l'amitriptyline, le citalopram, la duloxétine, la fluoxétine, la paroxétine ou la sertraline, pour les personnes âgées de 18 ans et plus pour traiter une douleur chronique primaire, après une évaluation complète des avantages et des inconvénients. (En avril 2021, cette utilisation des antidépresseurs est hors AMM.) Demander l'avis d'un spécialiste si une prise en charge pharmacologique avec un antidépresseur est envisagée pour une personne jeune de 16 à 17 ans. Si un antidépresseur est proposé pour gérer une douleur primaire chronique, expliquer au patient que c'est parce qu'il peut améliorer la qualité de vie, la douleur, le sommeil et une détresse psychologique, même en l'absence de diagnostic de dépression.	Dans la douleur chronique primaire, ces antidépresseurs (AD) par rapport à un placebo amélioreraient la qualité de vie, la douleur, le sommeil et la détresse psychologique. Pas de preuve qu'une classe thérapeutique d'AD soit plus efficace qu'une autre. La duloxétine (seul IRSN avec des preuves dans la douleur chronique primaire) avait le plus de données sur une efficacité à long terme, mais elle n'a pas été comparée aux autres AD. Le choix de l'AD doit donc rester une discussion des bénéfices-risques avec le patient. Aucun AD ne dispose d'AMM dans la douleur chronique primaire, mais il n'y a pas d'alternatives homologuées pour cette indication et les AD sont déjà utilisés à cet effet. Les doses d'ISRS et d'IRSN devraient rester conformes aux recommandations pour la dépression. Pour l'amitriptyline, les preuves indiquent un bénéfice dès les très faibles doses de 5 mg par jour. Il convient donc de commencer à la dose la plus faible et titrer jusqu'à 100 mg par jour au maximum. L'efficacité des AD doit être réévaluée à 4 à 6 semaines. Le traitement AD ne devrait pas être poursuivi s'il n'est pas efficace. Le risque de symptômes de sevrage aux AD doit être pris en compte lors de la prescription et les recommandations du NICE sur la dépression en cas d'arrêt ou de réduction d'un AD devraient être suivies. Aucune preuve retrouvée pour personnes de 16 et 17 ans. À ces âges, l'avis d'un spécialiste doit être recherché.
(12) Autres traitements médicamenteux	Ne prendre aucun des médicaments suivants pour gérer une douleur chronique primaire chez une personne âgée de 16 ans et plus : – médicaments antiépileptiques, y compris les gabapentinoïdes, à moins que les gabapentinoïdes ne soient proposés dans le cadre d'un essai clinique pour le syndrome douloureux régional complexe ; – médicaments antipsychotiques ;	Les gabapentinoïdes : manque de preuves d'effets bénéfiques. Aucune preuve sur la sécurité à long terme et un risque d'abus et de dépendance, donc pas d'indication des gabapentinoïdes pour la douleur chronique primaire et par extension pour tous les antiépileptiques. Les gabapentinoïdes sont recommandés pour la douleur neuropathique, certains incluant le syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Il a donc été recommandé des recherches complémentaires sur l'utilisation des gabapentinoïdes dans le SDRC.

Traitements	Recommandations dans les douleurs chroniques primaires	Justifications pour les douleurs chroniques primaires
	– benzodiazépines ; – injections de corticostéroïdes dans une zone gâchette ; – kétamine ; – anesthésiques locaux (topiques ou intraveineux), sauf dans le cadre d'un essai clinique pour un syndrome douloureux régional complexe ; – injections d'une combinaison d'anesthésiques locaux et de corticostéroïdes dans une zone gâchette ; – anti-inflammatoires non stéroïdiens ; – opioïdes ; – paracétamol.	Anesthésiques locaux : topiques ou intraveineux. Anesthésiques locaux : peu de preuves sur l'utilisation à court terme, aucun avantage et des effets délétères. Anesthésiques intraveineux : aucune preuve. Toutefois, les anesthésiques locaux pourraient être utiles pour le SDRC. Il a donc été recommandé des recherches complémentaires sur l'utilisation des anesthésiques locaux pour le SDRC. Opioïdes : aucune preuve sur leur efficacité pour la douleur chronique primaire et un risque de dépendance sur l'utilisation à long terme, d'où une recommandation de ne pas commencer un traitement aux opioïdes pour les personnes atteintes de douleur chronique primaire, même sur le court terme. Benzodiazépines : pas de preuve sur leur efficacité pour la douleur chronique primaire et un risque de dépendance sur l'utilisation à long terme, d'où une recommandation de ne pas commencer un traitement aux benzodiazépines pour les personnes atteintes de douleur chronique primaire même sur le court terme. AINS : pas de preuve sur l'efficacité à court terme sur la qualité de vie, ni la douleur, ni la détresse psychologique, ni à long terme et des effets délétères. Paracétamol, kétamine, corticoïdes, combinaisons anesthésiques/corticoïdes, antipsychotiques : pas de preuve sur leur efficacité pour la douleur chronique primaire et un risque d'effets délétères potentiels lors d'une utilisation prolongée.
(13) Révision et sevrage des traitements en cours	Si une personne souffrant de douleur chronique primaire prend déjà l'un des médicaments (12), réviser la prescription dans le cadre d'une décision partagée : – expliquer le manque de preuves pour ces médicaments pour la douleur chronique primaire ; – et convenir d'un plan partagé de poursuite de ce traitement en toute sécurité si le patient signale un bénéfice à une dose sûre et ne présentant que peu de risques ; – ou expliquer les risques de poursuivre le traitement s'il n'apporte que peu d'avantages ou fait prendre des risques significatifs, et encourager et soutenir le patient pour réduire et arrêter le médicament si possible.	Des recommandations ont été formulées sur l'utilisation de médicaments déconseillés (12), y compris en automédication, y compris si le patient rapporte un bénéfice, pour son arrêt ou du moins pour sa réduction ou sa poursuite dans des conditions les plus sécuritaires.

Traitements	Recommandations dans les douleurs chroniques primaires	Justifications pour les douleurs chroniques primaires
	Lors d'une prise de décisions partagées sur l'arrêt des antidépresseurs, opioïdes, gabapentinoïdes ou benzodiazépines, discuter avec la personne des effets associés au sevrage.	
	Pour les recommandations sur la révision des traitements, se référer : aux recommandations du NICE sur l'optimisation des médicaments et adhésion aux médicaments , et aux recommandations du NICE sur les médicaments associés à la dépendance ou aux symptômes de sevrage : prescription et gestion d'un sevrage sécuritaire pour les adultes .	
(14) Cannabis	Pour les recommandations sur les médicaments à base de cannabis, y compris pour la recherche, voir les recommandations du NICE sur le cannabis thérapeutique .	Médicaments à base de cannabis : aucune preuve pour la douleur chronique primaire et de possibles effets indésirables à court terme. Des recherches complémentaires sont prévues dans le cadre de recommandations du NICE sur le cannabis thérapeutique.

Source : National Institute for Healthcare Excellence. *Managing chronic primary pain*. Dans: *Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain* London: NICE; 2021. p. 12-7 [traduction libre]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421>

Tableau 12. Des recommandations du NICE pour la recherche, avec pour questions (66) : Quelle est la rentabilité clinique et quelle est la rentabilité pour la gestion de la douleur chez les personnes âgées de 16 ans et plus ?

- Thérapie psychologique – TCC pour l'insomnie dans la douleur chronique primaire
- Thérapie psychologique – relaxation, sophrologie et pleine conscience dans la douleur chronique primaire
- Thérapies manuelles dans la douleur chronique primaire
- Répéter les cycles d'acupuncture dans la douleur chronique primaire
- Interventions pharmacologiques : gabapentinoïdes et anesthésiques locaux dans le syndrome douloureux régional complexe
- Autres :
- Facteurs pouvant faire obstacle à une gestion efficace des douleurs chroniques, y compris dans la douleur chronique primaire
- Interventions sociales pour la douleur chronique, y compris dans la douleur chronique primaire
- Psychothérapie dans la douleur chronique primaire
- Thérapie de relaxation dans la douleur chronique primaire
- Thérapie au laser dans la douleur chronique primaire
- Stimulation magnétique transcrânienne dans la douleur chronique primaire

Source : National Institute for Healthcare Excellence. *Recommendations for research Dans: Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain* London: NICE; 2021. p. 19-23 [traduction libre]. . <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421>

3. La stratégie nationale de gestion de la douleur chronique en France

3.1. Un enjeu majeur de santé publique

3.1.1. La situation en France

La prévalence de la douleur chronique dans les pays développés varie de 15 à 35 %. Dans de nombreux pays du monde, comme en France, la douleur chronique est un problème majeur de santé publique et de droit humain.

En France, depuis la loi du 4 mars 2002 (67), **l'accès au soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental du malade**. Ainsi, l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique précise : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

L'étude STOPNEP (68) a évalué la prévalence des douleurs chroniques en France chez les personnes de 18 ans et plus. Elle est de 31,7 %, avec une prépondérance féminine (35 % *versus* 28,2 % chez les hommes). Elle augmente avec l'âge (52,2 % chez les personnes de 75 ans et plus). Elle est plus élevée chez les retraités (43,3 %). Ces chiffres sont similaires dans les différentes régions, en dehors de la région parisienne (29,2 %). La **douleur chronique est d'intensité modérée à sévère** (EVA $\geq$ 4) dans plus de 60 % des cas, soit une **prévalence de 19,9 %** (pertinence clinique).

Selon cette même étude, la prévalence en France de la douleur chronique neuropathique est de 6,9 %, avec une prépondérance féminine (8 %) et un pic à 50-64 ans (9,3 %). Elle a une répartition géographique relativement homogène, mais elle est plus élevée en zone rurale (7,6 %) que dans les grands centres urbains (5 % à Paris). Elle est deux fois plus élevée chez les agriculteurs et les ouvriers. La douleur chronique neuropathique est d'intensité modérée à sévère (EVA $\geq$ 4) dans près de $\frac{3}{4}$ des cas, soit une prévalence de 5,1 % (pertinence clinique).

Mais en France, sur ces 12 millions de personnes qui souffrent de douleurs chroniques, **70 % ne reçoivent pas de traitement approprié et moins de 3 % bénéficient d'une prise en charge dans une structure spécialisée douleur** (69). Et seuls 15 % des sujets souffrant de douleurs neuropathiques, et qui consultent régulièrement un médecin pour une douleur, reçoivent un des traitements de référence (antidépresseur ou antiépileptique) (70).

La douleur chronique est source de handicap et à l'origine d'altérations majeures de la qualité de vie. Elle augmente les risques de pathologies psychiatriques, comme la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil et les addictions. Elle a des retentissements familiaux, scolaires ou professionnels. Les limitations des activités professionnelles ou domestiques du fait de la douleur sont considérées comme importantes chez 6 % des personnes de 25-64 ans, chez 15 % des 65-84 ans et 33 % des 85 ans et plus (3).

L'ensemble de ces conséquences sont majorées lorsque le patient est atteint de douleur chronique neuropathique. Les douleurs qui ont des caractéristiques neuropathiques sont statistiquement d'intensité plus sévère (EVA $\geq$ 7) et de durée d'évolution plus longue ($\geq$ 3 ans), que celles n'en présentant pas. Elles ont des impacts plus importants sur la qualité de vie et en termes de handicap pour le patient. Les troubles psychiatriques sont beaucoup plus fréquents (dépression 17 %, anxiété généralisée 12 % et troubles du sommeil). Les arrêts de travail sont plus fréquents et le coût annuel de la prise en charge plus élevé. **La douleur constitue le premier motif de consultation chez le médecin généraliste et**

dans les services des urgences. Elle 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 (69). Les coûts financiers et humains de la douleur chronique sont donc importants.

Selon l'étude ECONEP (71), 45 % des patients douloureux sont concernés par des arrêts de travail, dont la moyenne cumulée dépasse 4 mois par an. Les patients atteints de douleur chronique sévère sont plus fréquemment hospitalisés. Le coût moyen annuel d'un patient atteint de douleur chronique est de 7 000 euros pour les hospitalisations en hôpital privé, 14 500 euros en hôpital public, 580 euros en traitement médicamenteux, 3 630 euros en traitements non médicamenteux à l'hôpital privé et 5 150 en hôpital public, et 950 euros en examens complémentaires (69).

Selon l'étude NHWS (72) réalisée sur 15 000 personnes en France en 2010, qui a comparé les personnes déclarant une douleur avec celles n'en présentant pas (groupe contrôle), la prévalence des arrêts maladie de longue durée est de 5 % en présence d'une douleur contre 1 % dans le groupe contrôle. Les patients avec une douleur consultent environ deux fois plus les professionnels de santé (9 consultations contre 4,8). On estime aussi que la douleur a des impacts sur les activités professionnelles de 2/3 des personnes atteintes de douleur (réduction de productivité), soit 88 millions de journées impactées par la douleur, 48 millions par l'absentéisme et 40 millions par le présentéisme (69).

En France, les coûts de santé estimés selon les pathologies douloureuses (69) sont pour :

- la migraine, de 1 milliard par an, pour une prévalence de 17 % de la population ;
- les céphalées chroniques, de 2 milliards par an, pour une prévalence de 3 % ;
- la lombalgie, de 6 000 euros par an et par personne atteinte ;
- la fibromyalgie, de 6 000 euros par an et par personne atteinte.

3.1.2. Les délais d'attente pour une première consultation en SDC

Les délais d'attente pour une prise en charge adaptée d'une douleur chronique rebelle en SDC sont un véritable problème en France, mais aussi à l'étranger. En France, les délais d'attente pour une première consultation en SDC peuvent atteindre 8 mois ou plus et le système des coupe-files n'est en l'état pas satisfaisant.

Ces délais, qui vont bien au-delà des recommandations de l'IASP (tableau 3), sont source de détérioration de l'état de santé du patient, d'aggravation de son handicap physique et psychique, de perte de chance quant à l'efficacité des traitements, et de coûts supplémentaires pour le patient et la société.

3.2. Soulager la douleur – la législation en France

3.2.1. Un droit pour les personnes

La [loi n° 2002-303 du 04.03.02 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé](#) (67), dans son article 3, précise que : « Toute personne a le **droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur**. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

[Article L. 1110-5 du Code de la santé publique](#)

« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le **meilleur apaisement possible de la souffrance** au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent

pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé, ni de l'application du titre II du présent livre.

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »

Article L. 1110-5-3 du Code de la santé publique

Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à **soulager sa souffrance**. Celle-ci doit être, **en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée**.

Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet.

La circulaire DHOS du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées (73) comprend une **charte de la personne hospitalisée**, qui dans son article 2 dit : « La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées ainsi que le soulagement de leur souffrance constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. Une brochure intitulée "contrat d'engagement contre la douleur" doit être remise à chaque personne hospitalisée. »

3.2.2. Un devoir pour les soignants

Article R. 4127-37 du Code de la santé publique (art. 37 du Code de déontologie médicale)

« En toutes circonstances, le **médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances** du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. »

Article R. 4312-19 du CSP (Code de déontologie des infirmiers) : « En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de **soulager les souffrances** du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur. »

3.3. Les professionnels et organisations et leurs missions

3.3.1. Les professionnels du parcours

Le médecin traitant

Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 (74) – [article 15](#).

« Le médecin traitant favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant aux soins de ses patients. Son intervention contribue à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par ses fonctions de diagnostic, de conseil et d'orientation, le médecin traitant participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients, avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Art. 15.1 Les missions du médecin traitant

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;
- contribue à l'offre de soins ambulatoire ;
- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients ;
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant à la prise en charge des patients, notamment par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants, qui peut être intégrée dans le DMP ;
- apporte au patient toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet...

Art. 15.4.2 Mission de santé publique

Le rôle spécifique du médecin traitant dans le domaine de la santé publique fait l'objet d'une valorisation plus globale dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique définie à l'article 27 (ROSP)...

Art. 15.4.4 Programmes d'appui aux médecins et d'accompagnement des patients dans la prise en charge des pathologies chroniques

Le médecin traitant est un acteur clé du développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques... »

Le médecin correspondant

Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 (74) – [article 16](#).

« Le médecin correspondant, intervenant en coordination avec le médecin traitant, permet l'accès aux soins de second recours.

Art. 16.1 Les missions du médecin correspondant

Le médecin correspondant a notamment pour mission de :

- répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé ; il s'engage à tenir compte des informations médicales relatives au délai de prise en charge transmises par le médecin traitant ;
- intervenir en lien avec le médecin traitant sur le suivi du patient et l'élaboration du projet de soins, le cas échéant ;

- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient ;
- participer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;
- intervenir en coopération avec les établissements de santé et contribuer à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables. »

Le médecin spécialiste de médecine générale

Article L. 4130-1 du Code de la santé publique

« Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

- 1° Contribuer à l'offre de soins en ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ;
- 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- 5° bis **Administer et coordonner les soins visant à soulager la douleur.** En cas de nécessité, le médecin traitant **assure le lien avec les structures spécialisées** dans la prise en charge de la douleur ;
- 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article [L. 6314-1](#) ;
- 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

Les médecins spécialistes

Article L. 4130-2 du Code de la santé publique

« Les missions du médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours comprennent les actions suivantes :

- 1° Compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline ;
- 2° Contribuer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;
- 3° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article [L. 6314-1](#) ;
- 4° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Le médecin spécialiste de deuxième recours peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le médecin généraliste, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins.

Le médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours intervient en coopération avec les établissements de santé et contribue à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables. »

L'infirmier diplômé d'État

Article R. 4311-1 du Code de la santé publique

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »

Article R. 4311-2 du Code de la santé publique

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De **participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur** et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

Article R. 4311-3 du Code de la santé publique

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des **protocoles de soins infirmiers** relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

[Article R. 4311-5 du Code de la santé publique](#)

« Dans le cadre de **son rôle propre**, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage... (42 items) dont :

19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance..., **évaluation de la douleur** ;

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

41° Aide et soutien psychologique ;

42° Observation et surveillance des troubles du comportement. »

[Article R. 4311-9 du Code de la santé publique](#)

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité(e) à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment... (10 items) dont :

2° Injections de médicaments à des fins **analgésiques** dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection... »

[Article R. 4311-14 du Code de la santé publique](#)

« En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité(e), après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des **protocoles de soins d'urgence**, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. »

[Article L. 4311-1 du Code de la santé publique](#)

« ...L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement...

Dans un **protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné** tel que prévu aux articles L. 1411-11-1 (ESP), L. 1434-12 (CPTS), L. 6323-1 (CS) et L. 6323-3 (MSP), et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé(e) à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. La liste de ces pathologies et de ces traitements est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient... »

[Article D. 4311-15-2 du Code de la santé publique](#)

« I.- Les **protocoles** mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 4311-1 respectent les recommandations de bonnes pratiques élaborées ou validées par la Haute Autorité de santé.

Ils détaillent les activités réalisées par les infirmiers qui participent à leur mise en œuvre.

Ils prévoient les critères d'éligibilité et de retrait des patients concernés ainsi que les modalités de leur information sur le protocole.

Ils déterminent les conditions d'organisation permettant d'assurer, en cas de besoin, l'accès au médecin traitant du patient ou, à défaut, à un médecin exerçant dans le cadre du même dispositif d'exercice coordonné.

Ils définissent les conditions d'organisation d'une démarche de gestion des risques et d'analyse en équipe des événements indésirables liés à leur application.

Ils prévoient les conditions de leur actualisation.

II.- Pour l'application du cinquième alinéa de l'article L. 4311-1, les infirmiers suivent une formation complémentaire, qui comprend un volet théorique, dont les protocoles mentionnés au I définissent les objectifs et la durée, et un volet pratique, consistant en la supervision de la prise en charge d'un nombre minimum de patients, déterminé par lesdits protocoles, par un médecin exerçant au sein des équipes et structures mentionnées aux articles [L. 1411-11-1](#) (ESP), [L. 1434-12](#) (CPTS), [L. 6323-1](#) (CdS) et [L. 6323-3](#) (MSP).

III.- Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre de ces protocoles.

Avec l'accord du patient et sauf en cas d'indication contraire du médecin portée sur la prescription, l'infirmier informe le médecin traitant désigné par le patient, ou à défaut le médecin prescripteur exerçant dans le cadre du même dispositif d'exercice coordonné, de son projet d'adapter le traitement du patient, en appliquant le protocole mentionné au I pour une durée déterminée qui ne peut excéder un an.

L'infirmier informe, par tout moyen sécurisé déterminé par le protocole, le médecin traitant, ou à défaut le médecin prescripteur exerçant dans le cadre du même dispositif d'exercice coordonné, des adaptations de posologie réalisées.

IV.- Les équipes ou structures mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 inscrivent les protocoles mentionnés au I dans leur projet de santé, porté à la connaissance de l'agence régionale de santé.

Les agences régionales de santé adressent ces protocoles pour information au comité national des coopérations interprofessionnelles mentionné à l'article L. 4011-3, qui veille à une application coordonnée des protocoles sur le territoire national. »

Le masseur-kinésithérapeute

Article L. 4321-1 du Code de la santé publique

« La pratique de la kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

- 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité ;
- 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité, conformément au code de déontologie mentionné à l'article [L. 4321-21](#).

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs, et participe à leur coordination.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité.

La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin, est précisée par un décret en Conseil d'État, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les produits de santé, dont les substituts nicotiniques, nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces produits de santé est fixée par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Le masseur-kinésithérapeute peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales initiales d'activité physique adaptée, dans des conditions définies par décret.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. »

L'ergothérapeute

Article L. 4331-1 du Code de la santé publique

« Est considérée comme exerçant la profession d'ergothérapeute toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie, définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

Les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale.

Ils peuvent prescrire des dispositifs médicaux et aides techniques nécessaires à l'exercice de leur profession, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine, dans des conditions définies par décret.

Ils peuvent, sauf indication contraire du médecin, renouveler les prescriptions médicales d'actes d'ergothérapie, dans des conditions fixées par décret. »

Le pharmacien d'officine

Article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique

« Les missions des pharmaciens d'officine sont :

- 1° Contribuer aux soins de premier recours définis à l'article [L. 1411-11](#) ;
- 2° Participer à la coopération entre professionnels de santé ;
- 3° Participer à la mission de service public de la permanence des soins ;
- 4° Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
- 5° Les pharmaciens d'officine peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles [L. 1161-1](#) (ETP) à [L. 1161-5](#) (programmes d'apprentissage) ;
- 6° Ils peuvent assurer la fonction de **pharmacien référent** pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article [L. 312-1](#) du Code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter de l'article [L. 313-12](#) du même code qui ne dispose pas de pharmacie à

usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

- 7° Ils peuvent être désignés comme **correspondants** par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1 (ESP), L. 1434-12 (CPTS), L. 6323-1 (CdS) et L. 6323-3 (MSP) du présent code. À ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie ;
- 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ;
- 9° Peuvent effectuer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cet arrêté peut autoriser, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, la prescription par les pharmaciens de certains vaccins. Il en fixe les conditions ;
- 10° Peuvent, dans le cadre de **protocoles** inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux mêmes articles L. 1411-11-1 (ESP), L. 1434-12 (CPTS), L. 6323-1 (CS) et L. 6323-3 (MSP), délivrer pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé. Un décret fixe les conditions d'application du 10°, notamment les conditions de formation préalable des pharmaciens et les modalités d'information du médecin traitant. »

[Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie – article 1^{er} \(75\)](#)

Le pharmacien d'officine peut effectuer un **bilan partagé de médication (BPM)** selon les modalités suivantes :

- le patient a le choix de participer ou non à ce dispositif. Il a également le libre choix du pharmacien ;
- les patients éligibles sont les patients de 65 ans et plus avec au moins une affection de longue durée et les patients à partir de 75 ans, sous traitement, pour lesquels au moins cinq molécules ou principes actifs sont prescrits, pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois ;
- le pharmacien propose au patient d'intégrer le BPM. Il porte à la connaissance du patient les objectifs poursuivis et lui remet le document d'information élaboré par l'assurance maladie... ;
- les supports du BPM validés par la Haute Autorité de santé sont : un guide d'accompagnement du patient, qui constitue un référentiel à l'usage du pharmacien ; et des fiches de suivi, qui permettent d'aborder l'ensemble des points incontournables à la réalisation du BPM. Ces fiches constituent un support d'échanges avec le patient et le médecin traitant. Elles peuvent être renseignées par le pharmacien de façon électronique... »

Le psychologue clinicien

L'usage professionnel du titre de psychologue, accompagné ou non d'un qualificatif, est réservé aux titulaires d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie préparant à la vie professionnelle et figurant sur une liste fixée

par décret en Conseil d'État ou aux titulaires d'un diplôme étranger reconnu équivalent aux diplômes nationaux exigés¹¹.

L'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes. L'inscription est enregistrée sur une liste dressée par le directeur général de l'agence régionale de santé de leur résidence professionnelle¹².

Le psychologue clinicien est titulaire d'un master professionnel ou de recherche en psychologie clinique.

Pour exercer en consultation ou centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, un diplôme universitaire de la douleur est souhaitable pour le psychologue, mais non exigible (10).

Les professionnels de l'activité physique adaptée

La loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France (76), article 2, modifie l'[article L. 1172-1](#) du CSP et, dans le cadre d'un parcours de soins, ouvre la prescription d'activité physique adaptée (APA) à l'ensemble des médecins et pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque et des personnes en perte d'autonomie.

[L'article L. 1172-1 du CSP](#) précise que « les APA sont dispensées par des personnes qualifiées, dans des conditions prévues par décret ».

Le professionnel de l'APA est, soit un professionnel de santé : masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien, soit un enseignant en APA-S qui est titulaire au minimum d'une licence mention STAPS « activité physique adaptée et santé ».

L'activité physique adaptée est une thérapeutique non médicamenteuse validée dans le traitement de nombreuses douleurs chroniques.

L'assistant de service social

L'assistant de service social (ASS) intervient auprès de personnes confrontées à diverses difficultés : économiques, d'insertion, familiales, de santé et de logement. Il est tenu au secret professionnel.

Il accueille, soutient, oriente et accompagne la construction de projets en tenant compte des potentialités des personnes et des possibilités offertes par la collectivité. Il a quatre missions principales :

- l'évaluation de la situation des intéressés ;
- le conseil et l'orientation des personnes en difficulté ;
- l'accompagnement des personnes sur la base d'un projet ;
- la participation au développement social local.

Le médecin du travail

[Article L. 4622-3 du Code du travail](#)

« Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif... »

[Article L. 4622-2 du Code du travail](#)

« Ses missions sont d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

Ses missions sont de :

¹¹ Article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, modifié par l'ordonnance n° 2016-1809 du 22 décembre 2016 – art. 12.

¹² Article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 125.

- 1° Conduire les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- 5° Participer à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, dont des campagnes de vaccination et de dépistage, des actions de sensibilisation aux bénéfices de la pratique sportive et des actions d'information et de sensibilisation aux situations de handicap au travail, dans le cadre de la stratégie nationale de santé prévue à l'article L. 1411-1-1 du Code de la santé publique. »

Médecin de l'Éducation nationale

Article L. 541-1 du Code de l'éducation

« Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'Éducation nationale. L'ensemble des personnels de la communauté éducative participe à cette mission, assurée en priorité par les personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'Éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée...

Une visite est organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans...

Les médecins de l'Éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites...

Des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements du second degré, d'un assistant de service social. »

Le médecin conseil de la sécurité sociale

Le médecin-conseil intervient auprès de différents publics de l'assurance maladie et sous différentes formes.

- Auprès des assurés, il s'assure de la conformité, de la qualité et de la sécurité des soins présentés au remboursement en coordination avec les prescripteurs de soins et dans le cadre d'échanges individuels avec les assurés. À cet effet, il prend en compte les spécificités et les attentes des assurés, des professionnels de santé et des employeurs.
- Il crée les conditions d'accompagnement des parcours des patients atteints de pathologies chroniques ou des professionnels afin qu'ils bénéficient d'un accompagnement adapté à leur situation (service d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation, prévention de la désinsertion professionnelle, etc.). Il accompagne l'application des politiques de prévention, de promotion des services en santé et d'accès aux soins en contribuant à des actions d'information.
- Auprès des professionnels de santé de ville et des établissements de santé, il les accompagne dans l'analyse des actions à conduire afin d'améliorer la pertinence des soins et des prescriptions et contribue à la diffusion auprès d'eux des référentiels de bonnes pratiques médicales, des conditions de prise en charge et des dispositifs conventionnels.
- Il exerce également une activité de contrôle des pratiques des établissements de soins, des professionnels de santé et des patients et intervient auprès de ceux qui ne respectent pas la réglementation.

3.3.2. Les pratiques avancées en ville et à l'hôpital

L'infirmier de pratique avancée

Article R. 4301-1 à 8 du Code de la santé publique

« L'infirmier de pratique avancée (IPA) dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par un diplôme d'État.

- L'IPA participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin.
- La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre avec l'IPA dans des conditions précisément définies.
- Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant, l'IPA apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

Le ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice de l'IPA, dont la mention est inscrite dans son diplôme d'État, sont les suivants :

- 1° Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires (la liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la Santé) ;
- 2° Oncologie et hémato-oncologie ;
- 3° Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;
- 4° Psychiatrie et santé mentale.

Dans son ou ses domaines, l'IPA peut effectuer :

- un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation, et procéder à son examen clinique ;
- toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;
- tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et paraclinique consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux ;
- les actes techniques et de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la Santé ;
- la prescription des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- la prescription des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire et des examens de biologie médicale, dont les listes respectives sont établies par arrêté du ministre chargé de la Santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;
- le renouvellement, en adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la Santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les IPA, un protocole d'organisation est établi et précise :

- 1° le ou les domaines d'intervention concernés ;

- 2° les modalités de prise en charge par l'IPA des patients qui lui sont confiés ;
- 3° les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'IPA ;
- 4° les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés ;
- 5° les conditions de retour du patient vers le médecin.

Le protocole d'organisation est signé par le ou les médecins et le ou les IPA, selon un modèle en annexe du décret. Le protocole est porté, le cas échéant, à la connaissance de l'ensemble de l'équipe de soins.

- Le médecin, après concertation avec le ou les IPA, détermine les patients auxquels un suivi par un IPA est proposé. Cette décision est prise après examen du dossier médical du patient et en référence aux compétences attestées par le diplôme d'État de l'IPA.
- Le médecin et l'IPA partagent les informations nécessaires au suivi du patient.
- Le médecin met à la disposition de l'IPA le dossier médical du patient.
- Les résultats des interventions de l'IPA sont reportés dans le dossier médical et le médecin en est tenu informé. La transmission de ces informations se fait par des moyens de communication sécurisés.
- Lorsque l'IPA constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences, il adresse le patient sans délai au médecin et en informe expressément ce dernier afin de permettre une prise en charge médicale dans un délai compatible avec l'état du patient.

Le médecin informe le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'IPA, qui figurent dans le protocole d'organisation, rempli et signé par le médecin, et remis par ce dernier au patient ou, le cas échéant, à sa personne de confiance, à son représentant légal ou aux parents lorsqu'il s'agit d'une personne mineure. Ce document est versé au dossier médical du patient. Ce document précise les informations suivantes :

- 1° la composition de l'équipe ;
- 2° la fréquence à laquelle le médecin souhaite revoir le patient en consultation ;
- 3° le droit de refus par le patient d'être suivi par l'IPA, sans conséquence sur sa prise en charge, conformément à l'article L. 1110-8 ;
- 4° les conditions de retour vers le médecin, sur décision de l'IPA, notamment dans les situations prévues au dernier alinéa de l'article R. 4301-5 ou sur demande du patient ;
- 5° les modalités garantissant le respect de la confidentialité des données personnelles du patient lors de leur transmission entre le médecin et l'IPA.

Au sein de l'équipe, l'IPA :

- contribue à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières et à leur amélioration ainsi qu'à la diffusion de données probantes et à leur appropriation ;
- participe à l'évaluation des besoins en formation de l'équipe et à l'élaboration des actions de formation ;
- contribue à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier.

L'infirmier est autorisé à exercer en pratique avancée s'il remplit les conditions suivantes :

- 1° Obtenir le diplôme d'État d'IPA délivré par une université, dans la mention correspondant à son domaine d'intervention ;
- 2° Justifier de trois années au moins d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier ;

- 3° Être enregistré auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par un arrêté du ministre chargé de la Santé. »

À noter. La douleur chronique, en tant que maladie chronique, ne relève pas à ce jour des domaines d'intervention de l'IPA.

Toutefois, l'IPA pourrait contribuer de façon significative au parcours du patient douloureux chronique en ville, dans ses champs d'action et selon les modalités d'intervention et de coordination décrites dans le présent article de loi, dans l'hypothèse d'une extension réglementaire à la douleur chronique de ses domaines d'intervention et d'une formation universitaire adéquate.

Infirmier ressource douleur (41), à l'hôpital

Il n'existe pas à ce jour de statut ou de définition réglementaire de « l'infirmier ressource douleur » (IRD). L'IRD relève d'un référentiel d'activité et de compétence publié par la SFETD (28). Toutefois, il est à noter que :

- la circulaire DHOS n° 2002-266 du 30 avril 2002 (77), relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé, prévoyait de : « renforcer le rôle infirmier, notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée » ;
- l'instruction DGOS/MQP/2022/191 du 21 juillet 2022 (78) (tableau 19) prévoit des consultations d'IRD dans les SDC et dans les permanences avancées, sans en donner de définition. Toutefois, toujours selon cette instruction, les infirmiers exerçant en SDC doivent avoir une formation universitaire dans le domaine de la douleur, acquise ou en cours (DIU/DU).

La Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) a édité un [référentiel d'activité et de compétence de l'infirmier ressource douleur](#) (IRD) (28). L'IRD est proposé en poste transversal sur un établissement avec 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, etc. 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.

Selon la SFETD, l'IRD devrait avoir d'une part, des activités de formation et des activités institutionnelles (telles que la participation au CLUD) et d'autre part, les missions cliniques suivantes, 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 (titrage de morphine, analgésie contrôlée par le patient par voie intraveineuse, sous-cutanée, épidurale, mélange équimolaire oxygène et protoxyde d'azote, analgésie locorégionale, neurostimulation transcutanée, etc.) ;
- mise en place de protocoles de prévention de la douleur induite par les soins ;
- mise en œuvre des méthodes non pharmacologiques (traitements physiques, méthodes psychocorporelles ou comportementales).

La SFETD considère que le niveau minimum requis pour une IRD est d'avoir :

- un diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmier spécialisé ;
- une expérience professionnelle de 5 ans en établissement de santé ;
- et un diplôme universitaire ou interuniversitaire de prise en charge de la douleur (ou équivalent diplômant).

3.3.3. Les organisations en exercice coordonné de soins

Les parcours de santé

[Article L. 1411-1 du Code de la santé publique](#)

« La politique de santé relève de la responsabilité de l'État.

Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins.

La politique de santé comprend :

5° L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la **continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population**, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à **l'équité territoriale**. »

Les soins de premier recours

[Article L. 1411-11 du Code de la santé publique](#)

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

Les soins de second recours

[L. 1411-12 du Code de la santé publique](#)

« Les soins de deuxième recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »

La coordination des professionnels à l'échelle d'une patientèle et celle à l'échelle d'un territoire

[Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé](#) (79)

➔ La coordination organisée à l'échelle de la patientèle

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres de santé (CdS), les équipes de soins primaires (ESP), les équipes de soins spécialisés apportent une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Les MSP et les CdS disposent d'ores et déjà d'accords conventionnels spécifiques valorisant leurs actions en faveur de l'accès et de la coordination des soins.

Les ESP et équipes de soins spécialisés apportant également une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients ne disposent pas, à ce jour, de cadre conventionnel spécifique.

Toutefois, une réponse à leurs besoins pour favoriser leur déploiement doit pouvoir être organisée. En effet, les professionnels s'impliquant dans des organisations coordonnées de proximité ont nécessairement besoin de temps de coordination pour identifier et mettre en place les différentes actions en faveur d'une offre de soins mieux adaptée aux besoins des patients.

➔ **La coordination organisée à l'échelle d'un territoire**

La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est le bon niveau d'organisation structurant l'exercice coordonné des professionnels de santé, entre eux et avec les autres acteurs des secteurs médico-sociaux et sociaux capables de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire, et de mener sur ce territoire leurs différentes missions en faveur de l'accès aux soins, de la qualité et de la fluidité des parcours de santé, de la prévention, de la qualité et de l'efficacité des prises en charge et d'une amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé.

L'équipe de soins primaires

[Article L. 1411-11-1 du Code de la santé publique](#)

« Une équipe de soins primaires (ESP) est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article [L. 1411-11](#) sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé... »

L'équipe de soins spécialisés

[Article L. 1411-11-1 du Code de la santé publique](#)

« Une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux. L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé. »

Les centres de santé

[L'article L. 6323-1 du Code de la santé publique](#)

« Les centres de santé (CdS) sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.

Par dérogation à l'alinéa précédent, un centre de santé peut pratiquer à titre exclusif des activités de diagnostic.

Tout centre de santé, y compris chacune de ses antennes, réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant. »

Les maisons de santé (pluriprofessionnelles)

Article L. 6323-3 du Code de la santé publique

« La maison de santé (MSP) est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la Santé.

Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie ou d'odontologie, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires... »

Les communautés professionnelles territoriales de santé

Article L. 1434-12 du Code de la santé publique

« La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) a pour objet de concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1...

La CPTS est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les membres de la CPTS formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé (ARS).

Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé... »

Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS (79)

Article 3. L'éligibilité des CPTS au contrat conventionnel

La CPTS est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé qui répondent à cette définition et qui ont élaboré un projet de santé validé par l'ARS.

Pour élaborer ce projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé, la CPTS doit établir un diagnostic territorial nécessitant d'examiner les données des caractéristiques de la population du territoire (sur l'offre de soins et les activités de soins, les flux de patientèle, etc.).

Article 4. Les modalités de contractualisation

Les CPTS ayant un projet de santé validé par l'ARS et souhaitant bénéficier du cadre d'accompagnement et de financement défini dans le présent accord doivent souscrire à un contrat tripartite avec l'ARS et l'assurance maladie. Le contrat tripartite est conclu pour une durée de 5 ans.

Au-delà des principes fixés dans le contrat type, l'ARS et la Caisse d'assurance maladie doivent élaborer ce contrat de manière partenariale au niveau du territoire de manière à adapter, au plus près des besoins, les moyens engagés par la CPTS, les modalités de déploiement de ses missions, les objectifs fixés aux différentes missions choisies et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus. Le contenu du contrat doit aussi être adapté régulièrement pour prendre en compte l'évolution de l'organisation de la CPTS et de ses missions.

Article 5 et avenant. Les missions des CPTS adhérentes au contrat

La CPTS doit assurer un certain nombre de missions prioritaires dont le déploiement sur l'ensemble du territoire doit avoir un impact sur l'amélioration de l'accès aux soins, de la fluidité des parcours des patients, et de la qualité et l'efficacité des prises en charge. Ces missions se composent de quatre missions obligatoires (socles) et deux missions complémentaires (option).

➔ Article 5.1 et avenant. Les quatre missions obligatoires (socles)

1. Les missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins – Article 5.1.1

Différentes actions et modes d'organisation peuvent être déployés par l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire pour faciliter l'accès aux soins et réduire les délais de prise en charge afin qu'ils soient adaptés aux besoins et à l'état de santé des patients.

La CPTS peut mettre en œuvre, en fonction des besoins identifiés sur le territoire, les actions qu'elles estiment adaptées pour répondre aux problématiques d'accès aux soins, au travers notamment des deux actions suivantes : faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville.

La télémedecine constitue un nouveau mode d'organisation utile pour améliorer l'accès aux soins de certains patients rencontrant des problèmes de mobilité. À terme, le téléssoin pourra également constituer une réponse à ce besoin. La CPTS doit contribuer à développer le recours à la télésanté (télémedecine et téléssoin)

2. La mission en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient – Article 5.1.3

L'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge des patients réside notamment dans une meilleure coordination des acteurs dans une dimension pluriprofessionnelle, afin d'éviter les ruptures de parcours et de favoriser le maintien à domicile des patients.

La CPTS permet de proposer des parcours répondant aux besoins des territoires, notamment pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients. Ces parcours peuvent prendre différentes formes selon les besoins identifiés : parcours pour contribuer à la continuité des soins et à la fluidité des parcours, notamment par une gestion coordonnée entre tous les professionnels de santé intervenant autour du même patient, le lien entre le premier et le second recours, le lien avec les établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et le partage des informations, parcours pour gérer les patients en situations complexes, en risque de fragilité, en situation de handicap, parcours en faveur d'une

meilleure prise en charge des personnes âgées pour faciliter le maintien à domicile, etc. Ces actions peuvent également répondre à des problématiques spécifiques des territoires. Les parcours pluriprofessionnels permettent d'améliorer la pertinence de la prise en charge en évitant les actes redondants et préviennent l'isolement des professionnels face aux situations complexes.

3. La mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention – Article 5.1.3

La CPTS doit s'engager dans les programmes de prévention et de promotion de la santé en cohérence avec la politique nationale de santé (lois et plans de santé publique) et ce, dans une dimension de prise en charge pluriprofessionnelle des patients.

Les membres de la CPTS doivent définir ensemble les actions de prévention, dépistage et promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire (thèmes les plus adaptés, effectifs de population concernés, enjeux de santé publique, etc.) et pour lesquelles la dimension de prise en charge pluriprofessionnelle constitue un gage de réussite.

4. La mission de réponse aux crises sanitaires graves – avenant conventionnel

➔ Article 5.2. Les deux missions complémentaires et optionnelles

Les CPTS ont également la possibilité de choisir de déployer deux missions optionnelles pour lesquelles elles peuvent percevoir un financement complémentaire : la mission en faveur de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge et la mission en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé, notamment des jeunes diplômés, afin de faciliter leur installation sur le territoire de la communauté professionnelle.

1. Les actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins

Dans le prolongement des groupes d'analyse de pratiques existant dans plusieurs régions, la CPTS s'engage à développer des démarches qualité dans une dimension pluriprofessionnelle, pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients, et dans ce cadre, échanger sur les pratiques, organiser des concertations autour de cas patients (notamment cas complexes), formaliser des retours d'expérience en vue de formuler des pistes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques dans une dimension pluriprofessionnelle.

Les thèmes de ces échanges sont à définir au sein de la CPTS en fonction des besoins identifiés (échanges pertinents notamment autour de pathologies ou de situations médicales particulières). L'organisation de ces échanges doit rester souple et adaptée aux situations des territoires sans référence obligatoire à un cahier des charges particulier.

2. Les actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

La CPTS constitue une organisation adaptée pour accompagner les professionnels de santé et notamment les jeunes en formation ou jeunes diplômés en mettant en avant le caractère attractif d'un territoire pour favoriser et faciliter les installations en exercice de ville.

Article 7. Le financement conventionnel des CPTS

Le financement de la CPTS comprend deux volets. Un premier volet pour contribuer au financement du fonctionnement de la CPTS et un second volet pour contribuer au financement de chacune des missions exercées (article 7.1).

Une partie du financement de chaque mission est variable et calculée sur la base de l'atteinte des objectifs définis dans le contrat tripartite (article 7.3.2). Le contrat doit fixer des indicateurs d'actions et de résultats pour le suivi et le financement variable de chaque mission déployée par la CPTS (article 7.3.2.2).

Article 10. L'accompagnement des CPTS par l'assurance maladie et les ARS

L'assurance maladie et l'ARS proposent une offre de services afin d'accompagner le projet des CPTS. Des échanges réguliers entre la CPTS, l'ARS et l'assurance maladie doivent permettre d'identifier les besoins d'accompagnement (ingénierie : mise à disposition de données, cartographie, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire, etc.).

3.3.4. Les fonctions d'appui à la coordination

Le dispositif d'appui à la coordination (DAC)

Article L. 6327-1 du Code de la santé publique

« Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et, le cas échéant, les structures qui les emploient ainsi que les services de prévention et de santé au travail, pour l'exercice de leurs missions prévues à l'article L. 4622-2 du Code du travail, peuvent solliciter un appui à la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 du présent code. »

Article L. 6327-2 du Code de la santé publique

« Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :

1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins au sens de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale, et les autres professionnels concernés ;

2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;

3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du présent code. »

L'infirmier type « Asalée », en ville

Dans le cadre de protocole de coopération article 51 de la loi HPST de 2009, il a pour mission d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques par des délégations de tâches du médecin traitant dans le cadre d'un exercice de soins coordonnés.

Il intervient sur quatre situations cliniques¹³ :

- les patients atteints de diabète de type 2 ;
- les patients à risque cardiovasculaire ;
- les patients tabagiques à risque de BPCO ;
- le repérage de troubles cognitifs chez les personnes âgées.

Leurs champs d'action couvrent actuellement : la préparation de la consultation médicale à l'aide d'auto-questionnaire, la coordination du parcours avec le suivi de la bonne réalisation du PPCS et l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique.

¹³ L'instruction du 29/04/15 publiée par le ministère de la Santé.

À noter. Dans le cas de la maladie douloureuse chronique, d'un exercice de soins coordonnés pluri-professionnels en CPTS, MSP ou ESP, et d'une formation spécifique, l'infirmier Asalée pourrait, à la demande du médecin traitant, étendre ses champs d'activité, et :

- être le pilote référent du parcours douleur, pour les situations complexes ;
- participer à la première évaluation du patient douloureux en ville telle que définie par la HAS, en particulier en aidant le patient à remplir un auto-questionnaire ;
- participer à la prise en charge, en particulier avec des programmes d'éducation pour la santé ou d'éducation thérapeutique ;
- participer au repérage des patients douloureux chroniques, ou de douleur à risque de chronicisation en patientèle, à l'aide d'outils à définir ;
- participer à la prévention des douleurs liées aux soins.

3.3.5. Les protocoles de coopération

[L'article 51 de la loi HPST de 2009](#) permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

[Art. L. 4011-1. du Code de la santé publique](#)

« Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4241-1, L. 4241-13, L. 4251-1, L. 4301-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4352-2, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1, L. 4371-1, L. 4391-1, L. 4392-1, L. 4393-8, L. 4394-1 et L. 6316-1, les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient.

Les protocoles de coopération précisent les formations nécessaires à leur mise en œuvre.

Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération. »

[Article L. 4011-2 du Code de la santé publique](#)

« Les protocoles de coopération sont rédigés par les professionnels de santé. Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé définit les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération. Les protocoles précisent les dispositions d'organisation spécifiques auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre. »

[Article L. 4011-3 du Code de la santé publique](#)

« I.- Un comité national des coopérations interprofessionnelles est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles. Il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire, appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie. Il assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés. À cette fin, lui sont transmises annuellement les données pertinentes pour chacun des protocoles mis en œuvre.

Le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels. Il propose leurs modalités de financement et de rémunération définitives par leur inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale... »

Article L. 4011-4 du Code de la santé publique

« I.- Des professionnels de santé exerçant en établissement de santé public ou privé ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire mentionné à l'article L. 6132-1 peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération, sur décision du directeur de l'établissement et, dans les établissements publics de santé, après avis conforme de la commission médicale d'établissement ou, le cas échéant, de la commission médicale de groupement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Dans les établissements de santé privés, l'avis conforme est rendu par les instances mentionnées aux articles L. 6161-2 et L. 6161-2-1. Ces protocoles ne sont valables qu'au sein de l'établissement ou du groupement hospitalier de territoire promoteur. Le directeur de l'établissement déclare la mise en œuvre de ces protocoles auprès du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. Celui-ci transmet ces protocoles pour information à la Haute Autorité de santé ainsi qu'au Comité national des coopérations interprofessionnelles mentionné à l'article L. 4011-3.

Les protocoles locaux doivent satisfaire aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2... »

3.4. Information et partage de l'information

3.4.1. Information et secret médical partagé

Information du patient

Article L. 1111-2 du Code de la santé publique

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée selon leur degré de maturité s'agissant des mineurs, et selon leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

Le secret médical et secret médical partagé

Article L. 1110-4 du Code de la santé publique

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés...

La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment...

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à la personne malade, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations...

Article L. 1110-12 du Code de la santé publique

Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

- soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de

coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

- soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
- soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la Santé.

3.4.2. Dossiers partagés et outils de coordination

Le dossier médical partagé

Article L. 1111-14 du Code de la santé publique

« Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, chaque personne dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1470-5 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé (DMP).

L'ouverture automatique de l'Espace numérique de santé, dans les conditions prévues aux I et V de l'article L. 1111-13-1 qui prévoient la possibilité pour la personne ou son représentant légal de s'y opposer, emporte la création automatique du dossier médical partagé.

Tout dossier médical partagé déjà ouvert à la date d'ouverture de l'Espace numérique de santé mentionné au même article L. 1111-13-1 est automatiquement intégré à cet espace. L'opposition, par le titulaire du dossier médical partagé ou son représentant légal, à l'ouverture de son Espace numérique de santé n'emporte pas la clôture du dossier médical partagé existant durant une période transitoire dont les modalités sont définies par le décret prévu à l'article L. 1111-21. À l'issue de cette période transitoire, l'Espace numérique de santé est ouvert automatiquement, sauf confirmation de l'opposition de la personne ou de son représentant légal. Cette nouvelle opposition donne lieu à la clôture du dossier médical partagé.

Si le patient est une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, l'opposition prévue aux troisième et quatrième alinéas du présent article peut également être formulée par la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis du patient.

La Caisse nationale de l'assurance maladie assure la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Elle participe également à la conception, à la mise en œuvre et à l'administration d'un système de communication sécurisée permettant l'échange d'informations entre les professionnels de santé.

Ce dossier médical partagé est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel dans le respect de l'article L. 1111-8.

L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, prévue à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale, et son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical partagé de la personne prise en charge par le médecin.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables dès que l'utilisation du dossier médical partagé est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section. »

Le dossier pharmaceutique

Article L. 1111-23 du Code de la santé publique

« Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1, il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, un dossier pharmaceutique (DP).

Sauf opposition du patient quant à l'accès du pharmacien à son dossier pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation. Dans les mêmes conditions, les pharmaciens exerçant dans une pharmacie à usage intérieur peuvent consulter et alimenter ce dossier. Les informations de ce dossier utiles à la coordination des soins sont reportées dans le dossier médical partagé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-15.

Sauf opposition du patient dûment informé, le médecin qui le prend en charge au sein d'un établissement de santé, d'un hôpital des armées ou de l'Institution nationale des invalides ou le biologiste médical peuvent consulter son dossier pharmaceutique dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa.

La mise en œuvre du dossier pharmaceutique est assurée par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens mentionné à l'article L. 4231-2... »

Le plan personnalisé de coordination en santé

Plan personnalisé de coordination en santé, 2 oct. 2019, HAS (25)

Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) est un outil de coordination générique. Il vise à améliorer le parcours de santé de l'usager en situation considérée comme complexe. Son objectif est de faciliter le travail en commun des professionnels tout en prenant appui sur la (les) compétence(s) de la personne concernée et de son entourage. Il aide les professionnels à planifier et à personnaliser la prise en charge (soin et accompagnement) de la personne par une analyse concertée de ses problèmes et de ses besoins non couverts, et la prise en compte de ses attentes et de ses projets, en accordant une égale importance aux dimensions médicale, psychologique, sociale et environnementale.

Le PPCS est un document écrit (idéalement dématérialisé) et révisé périodiquement qui va organiser les interventions nécessaires des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux, en réponse aux besoins des usagers du système de santé. Il est coconstruit par les professionnels, la personne et son entourage. Il est communiqué à la personne et lui permet de s'impliquer dans son parcours.

Les 10 points clés du PPCS sont :

1. Identifier un référent du PPCS ;
2. Identifier les situations à problème ou les besoins non couverts sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne ;
3. Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible ;
4. Recueillir le projet de la personne, ses choix, ses préférences et attentes, et en tenir compte ;
5. Analyser la situation à partir des éléments recueillis et coconstruire un projet autour d'objectifs communs avec la personne et les professionnels ;
6. Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs ;
7. Identifier des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions, en respectant le libre choix de l'usager ;

8. Déterminer des critères d'atteinte des objectifs ;
9. Fixer des dates de révision des interventions ;
10. Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent ou de difficultés dans l'exécution du PPCS.

3.5. La télésanté et le parcours douleur

3.5.1. Définitions

La télésanté désigne : l'ensemble des technologies, des réseaux et des services de soins basés sur la télécommunication et comprenant les programmes d'éducation, de recherche collaborative, de consultation ainsi que d'autres services offerts dans le but d'améliorer la santé du patient.

Selon les informations échangées, les domaines ou personnes concernés, on peut distinguer principalement :

- **la télé médecine** ;
- **le télésoin**, selon [l'art. L. 6316-2 du CSP](#), est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code ;
- **le e-learning** : délivrer des informations, voire un enseignement ;
- **la participation à la gestion des systèmes de santé** : le e-management, la e-santé (l'aide médicale urgente et le téléconseil médical personnalisé) ; offrir aux patients un accès direct permanent à leur dossier de santé (DMP), etc.

3.5.2. Télé médecine – la législation en France

[Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine](#) (80)

[Article L. 6316-1 du Code de la santé publique](#)

« La télé médecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des **actes de télé médecine** ainsi que leurs **conditions de mise en œuvre** sont fixées par décret. »

[Article R. 6316-1 du Code de la santé publique](#)

« ... Constituent des actes de télé médecine :

1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues

mentionnés à l'article [44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985](#) (81) portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

2° La télé-expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé (non médical) au cours de la réalisation d'un acte ;

5° La réponse apportée dans le cadre de la régulation médicale, mentionnée à [l'article L. 6311-2](#) et au troisième alinéa de [l'article L. 6314-1](#). »

[Art. R. 6316-2 du Code de la santé publique](#)

« La pertinence du recours à la télémedecine ou au téléssoin est appréciée par le professionnel médical, le pharmacien ou l'auxiliaire médical. »

[Art. R. 6316-3 du Code de la santé publique](#)

« Chaque acte de télémedecine est réalisé dans des conditions garantissant :

1° a) L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ; b) L'identification du patient ; c) L'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ;

2° Lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémedecine. »

[Art. R. 6316-4 du Code de la santé publique](#)

« Le professionnel médical, le pharmacien ou l'auxiliaire médical intervenant en télésanté inscrit dans le dossier du patient et, le cas échéant, dans le dossier médical partagé défini à l'article L. 1111-14 :

1° Le compte rendu de la réalisation de l'acte de télémedecine ou de l'activité, et, le cas échéant, de la série d'activités de téléssoin ;

2° Les actes et les prescriptions effectués dans le cadre de l'acte de télémedecine ou de l'activité de téléssoin ;

3° Son identité et éventuellement celles des autres professionnels participant à l'acte de télémedecine ou à l'activité de téléssoin ;

4° La date et l'heure de l'acte de télémedecine ou de l'activité de téléssoin ;

5° Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte de télémedecine ou de l'activité de téléssoin. »

[Art. R. 6316-5 du Code de la santé publique](#)

« Les organismes et les professionnels de santé libéraux qui organisent une activité de télémedecine ou de téléssoin s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités

de télémédecine ou de télésoin ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants. »

Les actes de télémédecine sont pris en charge dans les conditions prévues aux [articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-32-1 et L. 165-1 du Code de la sécurité sociale](#).

La DGOS a publié en décembre 2019 un [guide de facturation des téléconsultations et des télé-expertises en établissements de santé](#) (82).

3.5.3. Télémédecine et douleur – éléments de la littérature

Prise en charge de la douleur chronique par la télémédecine : état des lieux et recommandations, Alain Serrie, juillet 2014 (83)

En France, les dépenses de santé représentent 12 % du PIB (220 milliards d'euros), mais seul 0,05 % au titre de la télémédecine (84).

Les bienfaits attendus de la télémédecine en douleur chronique en France sont :

- raccourcissement des délais d'attente pour une prise en charge adaptée en consultation spécialisée ;
- accès à des patients isolés, ou présentant des difficultés pour se déplacer, structure médico-sociale, Ehpad ;
- réalisation de RCP, et coordonner le 1^{er} et 2^e recours ;
- assurer un suivi en temps réel du patient : effets indésirables des traitements, effets bénéfiques des traitements et au besoin les adapter ; prodiguer des conseils, suivi de l'observance ;
- accès facilité à des protocoles d'essai clinique ;
- et ainsi amélioration de la prise en charge et la qualité de vie du patient.

Les limites :

- le coût des installations technologiques, les locaux dédiés ;
- le temps à libérer pour les spécialistes ;
- et pour certains : le manque de démonstration claire et robuste des bénéfices par rapport au face-à-face (85).

Les résultats de certaines expérimentations de télémédecine en douleur chronique sont cités dans l'article.

L'éducation à gérer sa douleur (86)¹⁴ présente la même efficacité, qu'elle soit prodiguée par un infirmier en personne, par téléphone ou par un programme télévisé. L'ajout de programmes internet ou par smartphone en complément d'une prise en charge classique en face-à-face augmente les résultats obtenus.

Le programme TIVR (thérapeutique *interactive voice response*) (87), basé sur un accompagnement par téléphone de patients atteints de douleurs musculosquelettiques aux USA, a permis une réduction de la consommation des antalgiques et des opioïdes.

Dans l'État d'Indiana aux USA (88), une gestion combinée de la douleur et de la dépression par une IDE formée aux symptômes et aux réponses thérapeutiques a permis une amélioration significative de la douleur et de la dépression, sur un secteur géographique étendu, urbain et rural. Cet accompagnement comprenait : un suivi téléphonique par les infirmiers des patients aux semaines 1, 4 et 12, avec un ajustement au besoin des prises en charge ; un point hebdomadaire entre les infirmiers et un

¹⁴ Seulement 32 articles en 2011.

psychiatre de la douleur ; et au besoin, à la demande du patient par internet ou téléphone (niveau douleur, effets indésirables, non-observance), la programmation de rendez-vous supplémentaires avec l'infirmier.

Le projet ECHO (*Extension for Community Healthcare Outcomes*) (89, 90) de l'Université du Nouveau-Mexique

Il propose de la télémédecine sur les traitements de maladies complexes et chroniques, comme la douleur, pour des patients en zones rurales. Le médecin en charge du patient présente le cas à l'équipe ECHO, composée de spécialistes, qui prodigue des recommandations thérapeutiques. Ce modèle a démontré son efficacité dans les maladies chroniques, comme l'hépatite C.

Le modèle ECHO a été implanté avec succès en Ontario (91) pour combler un manque de connaissances et de pratiques dans la gestion de la douleur chronique et la prescription d'opioïdes et était associé à une amélioration de l'auto-efficacité et des connaissances des participants.

Le service eConsult (92)

Il propose un accès à des soins spécialisés pour les patients souffrant de douleur chronique par voie électronique avec des spécialistes de la douleur chronique. Il est accessible à toute l'équipe de soins primaires de la région de Champlain, comprenant Ottawa et les communautés rurales des environs. Leurs demandes concernaient des problèmes de santé mentale, de dépendance aux substances et de complexité sociale. Les spécialistes ont répondu avec des conseils sur la gestion de la douleur et les traitements, sur une gestion sécuritaire des opioïdes, le repérage et la gestion de leur mésusage, et orienté les professionnels vers des recommandations de bonnes pratiques.

***Telemedicine versus face to face: effects on professional practice and health care outcomes (review), Cochrane Library, Curell R., 2000* (85)**

Sept essais portant sur plus de 800 personnes. Un essai concernait la télémédecine au service des urgences, un essai avec des consultations vidéo entre les soins de santé primaires et le service ambulatoire de l'hôpital, et les autres concernaient des soins à domicile ou l'autosurveillance de patients atteints de maladie chronique. Bien qu'aucune des études n'ait montré d'effet préjudiciable lors des interventions, elles n'ont pas non plus démontré de bénéfices évidents, ni fourni de preuve de l'innocuité de la télémédecine. Aucune des études ne comprenait d'analyse économique formalisée. Les aspects technologiques des interventions étaient bien acceptés par les patients. En conclusion, la mise en place de télémédecine est faisable, mais il existe peu de preuves des avantages cliniques. Les études ont fourni des résultats variables et non concluants.

3.6. Le parcours douleur chronique à l'hôpital et les structures spécialisées en douleur chronique – la législation en France

L'article L. 710-3-1 du Code de la santé publique précise que « les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent... Pour les établissements publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement. »

En France, les premières structures spécialisées de prise en charge de la douleur se sont développées dans les années 1975 à partir d'initiatives médicales de terrain et à partir de spécialités comme l'anesthésie et la neurochirurgie.

Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité. La douleur chronique. Les structures spécialisées dans son traitement. Bulletin officiel, 1991 (93)

Dès 1991, la lutte contre la douleur chronique a fait l'objet de réglementations spécifiques de la part du ministère de la Santé qui distingue quatre types de structures de lutte contre la douleur : les centres multidisciplinaires avec des missions d'évaluation, de traitement, de formation et de recherche ; les cliniques multidisciplinaires identiques aux centres, mais sans mission de formation, ni de recherche ; les cliniques orientées vers une seule modalité thérapeutique, les cliniques de la douleur spécialisées dans une pathologie.

Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge de la douleur chronique (94)

Elle a permis de dresser un premier bilan de fonctionnement des structures d'évaluation et de traitement de la douleur.

Circulaire DGS/DH/AFS n° 98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés (95)

Elle inscrit la lutte contre la douleur comme « une préoccupation constante dans la prise en charge des patients ». Elle souligne l'importance de la gradation des soins, de la pluridisciplinarité, du travail en réseau et de la participation du médecin traitant, qui doit assurer la continuité entre les phases de traitement à l'hôpital et à domicile et le suivi au long cours du patient.

Circulaire du 4 février 1998 de la DGS relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle (14)

Elle distingue trois types de structures douleur chronique : les consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé publics ou privés qui représentent le maillon essentiel ; les unités pluridisciplinaires qui mettent en œuvre des thérapeutiques nécessitant l'accès à un plateau technique et/ou à des places ou lits d'hospitalisation ; les centres pluridisciplinaires au sein des centres hospitalo-universitaires qui ont aussi pour mission l'enseignement et la recherche sur le thème de la douleur.

Circulaire DHOS du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée (73)

Elle contient une **charte de la personne hospitalisée** qui précise dans son article 2 : « Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie. »

Instruction DGOS/PF2 n° 2011-188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (10)

Cette instruction est publiée à la suite des travaux de la HAS (2008-2009) et de l'enquête réalisée par la DGOS en 2010. Elle donne une définition de la douleur chronique. Elle rappelle les principes de prise en charge d'un patient douloureux chronique et de la coordination des soins ville/structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (tableau 14).

Elle définit les 13 critères d'identification des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) (tableau 15). Elle les classe en deux types, **consultations et centres**, et précise leurs missions respectives (tableau 16).

Elle rappelle que ces SDC doivent toutes être obligatoirement rattachées à un établissement de santé public ou privé, et qu'elles doivent toutes être d'abord **polyvalentes** (c'est-à-dire être capables de traiter l'ensemble des patients douloureux chroniques selon un large éventail de techniques), à l'exception de celles hébergées dans des établissements de santé déjà spécialisés (cancérologie, rhumatologie, pédiatrie, gériatrie). Elles peuvent toutefois posséder des expertises spécifiques pour des pathologies douloureuses ou des techniques thérapeutiques (tableau 17).

Cette instruction précise les rôles des ARS dans : l'organisation du maillage régional de la prise en charge des patients douloureux chroniques qui doit s'appuyer sur les organisations déjà existantes (SDC et réseaux), la coordination régionale de ces structures, la définition des filières et l'identification de spécificités, la mise à disposition de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les SDC de type consultation, la diffusion de protocoles et procédures standardisés et la réalisation d'un annuaire régional des structures (consultation et centres).

L'enquête de la DGOS de 2010 dénombre 250 SDC en 2009, contre 200 en 2006 et 96 en 2001. Les SDC sont pour 2/3 des consultations et 1/3 des centres. En termes de dotation, le financement de ces structures s'appuie sur la nomenclature des actes hospitaliers et sur des financements supplémentaires MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) indexés sur le nombre de consultations externes réalisées.

Tableau 13. Principes de prise en charge de la douleur chronique – DGOS, 2011 (10)

Le rôle en amont du médecin traitant

Le médecin traitant est le premier confronté à la plainte d'un patient douloureux. Les liens à établir avec les SDC doivent permettre au médecin traitant d'adresser les patients pour lesquels les traitements usuels sont inefficaces à une structure, pour un avis diagnostique, pour une évaluation, pour la mise au point de traitements mieux adaptés, voire pour une hospitalisation. Le médecin traitant doit être associé aux décisions thérapeutiques de la SDC dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée.

L'adressage du patient par le médecin traitant

Adresser un patient dans une SDC nécessite que le bilan clinique initial, ainsi que les avis spécialisés et examens complémentaires aient été réalisés. Il est par ailleurs recommandé que la demande de consultation auprès d'une SDC soit accompagnée d'un courrier type comprenant les données personnelles du patient, le motif du recours à la structure, les examens complémentaires déjà réalisés et les traitements antérieurs pris par le patient dans le cadre de sa douleur.

La prise en charge en SDC

Prendre en charge la douleur chronique du patient implique d'élaborer un diagnostic, une évaluation biopsychosociale et un traitement. Il est recommandé que la première consultation, qui correspond à l'évaluation initiale du patient, soit réalisée par plusieurs professionnels, simultanément ou non. Plusieurs consultations peuvent être nécessaires pour effectuer cette évaluation initiale. Il est de plus recommandé qu'elle soit suivie d'une réunion de synthèse, rassemblant au moins un médecin somaticien et un psychiatre ou un psychologue.

Le patient douloureux chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur les règles d'organisation et les principes thérapeutiques suivants :

- assurer selon la complexité et la sévérité de la douleur une approche au moins pluriprofessionnelle (un seul médecin associé à un ou plusieurs professionnels non médicaux : IDE, psychologue), voire pluridisciplinaire (plusieurs médecins de disciplines différentes) afin d'appréhender les différentes composantes de la douleur chronique et proposer une association de thérapeutiques pharmacologiques, physiques, psychologiques, voire chirurgicales ;
- décider d'un projet thérapeutique adapté après un bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial. L'objectif est de réduire la douleur autant que possible jusqu'à un niveau permettant une qualité de vie satisfaisante pour le patient ;
- favoriser la coopération entre le patient et l'équipe soignante, son adhésion et sa participation au projet thérapeutique. Collaborer avec le(s) médecin(s) traitant(s) du patient en les informant du bilan et en les associant autant que possible au projet thérapeutique et au suivi ;
- prendre en compte l'environnement familial, culturel, social et professionnel du patient.

Tableau 14. Critères d'identification par les ARS des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique – DGOS, 2011 (10)

Les SDC sont de deux types : consultations et centres. Toutes doivent satisfaire aux critères suivants.

Critères relatifs au personnel

1. La structure est sous la responsabilité d'un médecin diplômé douleur. Le diplôme est soit la capacité douleur soit le DESC « médecine de la douleur et médecine palliative », orientation douleur.
2. Le temps médical cumulé d'une structure est d'au moins cinq demi-journées par semaine. Le médecin responsable assure au minimum trois 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. Pédiatrie : la formation de tout médecin responsable de la prise en charge de la douleur de l'enfant dans une structure, que celle-ci soit spécialisée en pédiatrie ou mixte (c'est-à-dire mutualisée avec une structure pour adultes ou avec une structure assurant les soins palliatifs pédiatriques), doit inclure, en plus d'une valence douleur (attestée par un des diplômes précisés au critère n° 1), une valence pédiatrique à savoir un DES de pédiatrie ou au moins trois ans d'expérience en milieu pédiatrique. Les critères 2 et 4 à 13 sont tous applicables aux structures prenant en charge la douleur de l'enfant.
4. 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.

Critère relatif à l'activité

5. 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.

Critères relatifs à l'organisation

6. Il existe une permanence téléphonique du lundi au vendredi avec numéro d'appel dédié et une plage d'appel identifiée. Cette permanence répond aux besoins en prise de rendez-vous, en suivi des patients, en information des professionnels et des patients.
7. La pratique des différents professionnels de la structure nécessite des locaux regroupés, l'unité de lieu est requise. L'activité de la structure nécessite l'accès simultané, sur le même site, à deux salles de consultation au moins deux demi-journées par semaine.
8. La structure est ouverte vers l'extérieur, ce qui inclut : l'information du médecin traitant et de 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.
9. 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 (avis, protocoles, indicateurs de qualité, etc.).

Critères relatifs à la prise en charge

10. 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.
11. La structure doit pouvoir bénéficier d'avis spécialisés dans les disciplines suivantes : neurologie, rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, psychiatrie, pharmacologie. 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.
12. Les professionnels de la structure élaborent un projet thérapeutique personnalisé grâce à une réunion de synthèse pluriprofessionnelle (au minimum médecin + infirmier + psychologue), formalisée et tracée dans le dossier du patient.
13. Les cas complexes sont présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire, 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.

Tableau 15. Missions et gradation des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique, DGOS, 2011 (10)

Les consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique

Définition : les consultations assurent une prise en charge pluriprofessionnelle de proximité et répondent aux critères définissant les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (cf. préc.).

Sous réserve du respect de ces critères minimaux, les consultations s'organisent librement. Ainsi, une même équipe pluriprofessionnelle peut assurer des permanences régulières sur différents sites avancés. Il est par exemple opportun d'organiser, dans le cadre de conventions, des consultations avancées au sein des centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé. Cette convention mentionnera le cas échéant l'adhésion au projet de santé de la structure d'accueil.

Missions

- Organiser l'accueil en consultation du patient adressé à la structure.
- Réaliser une évaluation biopsychosociale de la douleur chronique.
- Définir un projet thérapeutique personnalisé sur la base de l'évaluation pratiquée, le proposer au patient et le diffuser aux professionnels impliqués dans son suivi.
- Mettre en œuvre en son sein une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée après réunion de synthèse (RSP), si la situation du patient le nécessite.
- Établir des liens avec l'environnement socio-professionnel, associatif et médical du patient (dont son médecin traitant) pour assurer un parcours de soins de qualité.
- Informer les autres professionnels de santé, informer les usagers.
- Participer aux consultations internes de son établissement d'appartenance et y améliorer la prise en charge de tous les patients douloureux.

Les centres d'étude et de traitement de la douleur chronique

Définition : les centres assurent une prise en charge pluridisciplinaire (plusieurs spécialités médicales différentes sont représentées au sein de la structure). Ils ont accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. Une partie de leur personnel est affectée en propre (et non mise à disposition).

Missions : assurer toutes les missions d'une consultation, et de plus :

- apporter leur appui aux consultations pour les situations les plus complexes : évaluation, prise en charge, réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ;
- proposer des traitements spécifiques dans des domaines d'expertise ;
- être en mesure d'organiser une prise en charge en hospitalisation ;
- formaliser des relations avec les associations de patients et communiquer envers le grand public ;
- promouvoir et/ou participer à la recherche clinique et/ou fondamentale ;
- contribuer à l'enseignement universitaire (formation initiale et continue) ;
- participer au recueil de données épidémiologiques.

Tableau 16. Répertoire des expertises spécifiques possibles des centres d'étude et de traitement de la douleur chronique – DGOS, 2011 (10)

Les pathologies douloureuses

- Migraines, céphalées.
- Algies faciales, algies vasculaires de la face (*), névralgies faciales (*).
- Douleurs neuropathiques périphériques et centrales.
- Douleurs aiguës du zona (**).
- Douleurs rachidiennes (dont lomboradiculalgies, névralgies cervico-brachiales).
- Douleurs du blessé médullaire.
- Fibromyalgie.
- Douleurs musculosquelettiques (dont douleurs myofasciales).
- Syndrome douloureux régional complexe (**).
- Douleurs viscérales abdomino-pelviennes.
- Douleurs périnéales.
- Douleurs séquellaires du cancer.
- Douleur et cancer évolutif (*).

Degré d'urgence à prendre en compte dans le cadre de la définition de filières : (*) Demande de consultation à traiter en urgence. (**) Demande de consultation à traiter rapidement. **Quand les pathologies concernent l'enfant, les demandes sont toutes à traiter rapidement.**

Les technicités

- Explorations spécifiques du système somato-sensoriel.
- Quantification des sensibilités :
 - potentiel évoqué laser ;
 - biopsie cutanée ;
 - neuro-imagerie fonctionnelle (IRM, pet scan).
- Évaluation fonctionnelle des facteurs d'incapacité chez le patient douloureux chronique.
- Pharmacologie parentérale de deuxième intention.
- Anesthésie locorégionale :
 - blocs anesthésiques régionaux ;
 - autres gestes d'anesthésie locorégionale.
- Injection de toxine botulinique.
- Chirurgie de la douleur :
 - thermocoagulation du ganglion de Gasser ;
 - compression du ganglion de Gasser par ballonnet ;
 - radiochirurgie trigéminale ;
 - stimulation médullaire ;
 - stimulation corticale ;
 - stimulation cérébrale profonde ;
 - dreztomie.
- Stimulation du système nerveux non chirurgicale :
 - neurostimulation transcutanée ;
 - stimulation magnétique transcrânienne.
- Thérapeutiques non pharmacologiques :
 - thérapies à médiation corporelle (hypnoanalgésie, sophrologie, relaxation, psychomotricité...) ;
 - thérapies de soutien et psychothérapies (orientation analytique, cognitivo-comportementale, humaniste, systémique...).
- Réadaptation multidisciplinaire de la douleur chronique.
- Thérapeutiques physiques :
 - kinésithérapie ;
 - médecine manuelle/ostéopathie.
- Thérapeutiques dites « alternatives » :
 - acupuncture ;
 - mésothérapie.
- Éducation thérapeutique (selon décret n° 2010-904 du 2 août 2010).
- Mise en œuvre d'essais cliniques.

[Instruction n° 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 la douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016 \(96\)](#)

Dans cet appel à candidatures pour une nouvelle labellisation des SDC sur 5 ans, l'ensemble des critères et exigences détaillés dans l'instruction du 19 mai 2011 restent en vigueur, avec de nouveaux critères plus exigeants pour les centres (tableau 18) et pour les SDC spécialisées en prise en charge pédiatrique (tableau 19).

En ce qui concerne le maillage territorial, il est précisé que, dans le cadre de cet appel à projets, il ne sera pas financé, au titre de la MIGAC, de SDC polyvalente 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. Il sera préféré et financé :

- 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 proposé dans l'instruction du 16/05/2011 ;
- ou 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).

Tableau 17. Critères supplémentaires pour les centres d'étude et de traitement de la douleur chronique – DGOS, 2016 (96)

Les centres d'étude et de traitement de la douleur chronique devront, en plus des critères définis par l'instruction du 19 mai 2011, répondre aux critères a et b.

- a. 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 destinées à examiner les situations les plus complexes, y compris les cas adressés par des SDC tierces).
- b. ET au moins une de ces deux conditions :
 - coordonner ou avoir la responsabilité pédagogique d'un diplôme universitaire clairement identifié « douleur » (DU, DIU, capacité, DESC/FST3, 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.

Maillage : au moins une SDC de type « centre » est requise par région.

Tableau 18. Critères supplémentaires pour les SDC exclusivement pédiatriques – DGOS, 2016 (96)

La SDC exclusivement pédiatrique devra, en plus des critères définis par l'instruction du 19 mai 2011, réaliser au moins une RCP par mois. Il est recommandé la mise en place de RCP pédiatriques régionales, voire inter-régionales, et de RCP mixtes (adulte-pédiatrique), notamment pour la transition des patients de la pédiatrie vers la médecine d'adulte.

Maillage : au moins une SDC exclusivement pédiatrique est requise par région.

Autres prises en charge pédiatriques. Les structures adultes peuvent accueillir des enfants et adolescents en première intention. Il est souhaité que ce type de prise en charge soit assurée 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 pluriprofessionnel de cette SDC d'accueil.

[Instruction n° DGOS/PF2/2018/240 du 29 octobre 2018 relative à l'actualisation de l'annuaire national des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique et au recueil de leurs données de file active et d'activité 2018](#) (11)

Un annuaire national des SDC est un outil de référence à destination des professionnels et des associations. Il est publié sur le [site du ministère des Solidarités et de la Santé](#) et mis à jour annuellement par la DGOS.

Il comporte le nom et l'adresse de la SDC, son type (consultation ou centre), le nom du médecin responsable, l'e-mail du secrétariat, le numéro d'accueil téléphonique et une éventuelle spécificité pédiatrique (exclusive ou mixte), ainsi que la file active de patients externes et le nombre de consultations médicales externes. Il est fait mention, dans cet annuaire, des adresses des éventuelles permanences avancées, en mentionnant leur adresse physique et leur SDC de rattachement. Les chiffres relatifs à ces permanences avancées sont à additionner à ceux de leur SDC de rattachement pour les calculs d'activité et de file active. Les données concernant la file active de patients externes et le nombre de consultations médicales externes sont utilisées pour le calcul annuel des dotations MIGAC des SDC. En sachant que le fléchage inter-régional des dotations entre SDC reste indicatif, afin de permettre aux ARS de s'adapter en fonction des situations de terrain.

[INSTRUCTION N° DGOS/MQP/2022/191 du 21 juillet 2022 relative à l'organisation de l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2023, et à leur activité 2022](#) (78)

Cette instruction publiée le 16 août 2022 actualise les organisations, les ressources, les activités et les modalités de prise en charge des SDC, consultations et centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique. Elle précise les exigences particulières relatives aux SDC spécialisées et aux permanences avancées.

Tableau 19. Critères communs à toutes les SDC (centre ou consultation) (78)

Critères	Libellé des exigences attendues
Organisation et ressources de la SDC	
Rattachement à un établissement de santé (ES)	La SDC est rattachée à un établissement de santé public ou privé. Une contractualisation est formalisée entre l'ARS, l'ES de rattachement et le médecin responsable de la SDC.
Locaux de la SDC	Les locaux de la SDC sont regroupés (sauf dans le cas d'une permanence avancée). Au moins deux demi-journées par semaine, l'accès simultané, sur le même site, à deux salles de consultation est possible.
Organisation d'une permanence avancée (PA) rattachée à la SDC	La PA assure des consultations médicales et des consultations IRD (infirmière ressource douleur) au sein d'autres établissements de santé publics ou privés ou de structures d'exercice coordonné (centres de santé ou MSP), sur une à deux journées par semaine maximum, selon les modalités définies par convention (voir définition paragraphe 2.3). La PA est située dans un rayon circonscrit par rapport à la SDC de rattachement (30 à 60 km de distance ou 1 h de temps de trajet par la route ou les transports). Le personnel de la PA est formé à la douleur (pour les médecins, la formation par un DU est suffisante). Il existe un lien opérationnel fort avec la SDC de rattachement : la PA participe aux RCP de sa SDC de rattachement.
Organisation de l'accueil au sein de la SDC	Un accueil téléphonique avec un numéro dédié est assuré par la SDC et ceci au minimum sur les jours d'ouverture de la SDC. Pour les nouveaux patients, une procédure d'accès doit être formalisée.
Organisation des prises en charge prioritaires	Une procédure d'organisation des prises en charge prioritaires est formalisée (exemples : plages horaires dédiées à la PEC des urgences ; dispositif coupe-file...).
Responsabilité médicale de la SDC et temps minimum	La SDC est sous la responsabilité d'un médecin diplômé douleur ou en cours de formation (capacité douleur, ou un DESC douleur, ou une FST et deuxième année capacité). Le médecin responsable assure au minimum trois demi-journées par semaine dédiées à la globalité de son activité douleur chronique (c'est-à-dire soin, coordination administrative, communication, et, pour les centres, enseignement, formation et recherche).
Temps cumulé minimum du personnel médical de la SDC	Pour les centres, au moins 1 ETP de temps médical cumulé est requis. Pour les consultations, au moins 0,5 ETP de temps médical cumulé est requis.
Temps cumulé minimum et formation du personnel non médical de la SDC	Le temps cumulé minimal en personnels non médicaux hors secrétariat (IDE, psychologue, etc.) est de 1,5 ETP et le temps minimal en secrétariat est de 0,5 ETP. Pour l'IDE, une formation universitaire dans le domaine de la douleur est acquise ou en cours (DIU/DU).

	Pour le psychologue, une formation universitaire dans le domaine de la douleur est acquise ou en cours (DU/DIU, ou bien formation continue sur la douleur, type DPC ou autre).
Fraction du personnel affectée en propre	Une fraction du personnel de la SDC doit être affectée en propre à la structure.
Activités de la SDC	
Activité annuelle minimale	Pour les centres, un seuil d'activité minimal de 1 000 consultations médicales externes par an est requis. Pour les consultations, un seuil d'activité minimal de 500 consultations médicales externes par an est requis. Les SDC exclusivement pédiatriques ne sont pas concernées par ces seuils.
Activités internes dans l'ES de rattachement	La SDC est lisible au sein de son établissement d'appartenance. Les patients pris en charge au sein de l'établissement ont accès à la structure. Les représentants des usagers sont informés de l'existence de la SDC. La structure participe aux consultations internes, à la formation interne, à l'amélioration de la prise en charge des patients douloureux (avis, protocoles, formations internes médicales et paramédicales, travaux du CLUD, éducation thérapeutique douleur pour les hospitalisés).
Activités en lien avec les correspondants libéraux	La SDC travaille en lien avec les professionnels correspondants libéraux (médecins traitants notamment) en assurant la transmission des informations concernant la prise en charge des patients (compte rendu, courrier...).
Activités en lien avec l'extérieur	La SDC est ouverte vers l'extérieur par des collaborations et des actions d'information/communication réalisées vers les usagers ou les professionnels de santé notamment de ville. Le lien avec les associations de patients est souhaitable.
Prise en charge	
Réalisation de réunions de synthèse pluriprofessionnelles (RSP)	Pour les centres, des RSP sont organisées de façon bimensuelle au minimum. Pour les consultations, des RSP sont organisées tous les mois au minimum. Après bilan complet, une réunion de synthèse pluriprofessionnelle (rassemblant au minimum médecin, IDE, psychologue), formalisée et tracée dans le dossier patient, permet de décider d'un projet thérapeutique pour le patient, si sa situation le nécessite. Les cas discutés de façon pluriprofessionnelle en HDJ sont pris en compte.
Réalisation de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)	Toute SDC doit avoir accès à l'avis d'une RCP pour les situations les plus complexes à visée diagnostique ou thérapeutique ou en amont de thérapeutiques invasives. Les RCP rassemblent au minimum 3 médecins de spécialités différentes, leurs conclusions sont tracées dans le dossier du patient.
Avis spécialisés	Toute SDC doit pouvoir bénéficier d'avis spécialisés, notamment dans les disciplines suivantes : anesthésie, oncologie, neurologie, rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, psychiatrie, pharmacologie, gynécologie, etc. Ils doivent être tracés dans le dossier du patient. Pour les centres, la représentation de plusieurs spécialités médicales à l'intérieur même du personnel médical de la SDC est obligatoire.
Accès à une assistante sociale	En cas de besoin, après évaluation du contexte social, l'accès à une assistante sociale est possible dans l'ES de rattachement ou hors établissement (par convention par exemple).

Critères supplémentaires relatifs aux SDC de type centre	
Organisation de RCP	Tout centre doit réaliser une RCP de façon bimensuelle au minimum.
Accès à des lits et un plateau technique	Tout centre doit pouvoir accéder à des lits d'hospitalisation et à un plateau technique dans son établissement de rattachement.
Activités d'enseignement universitaire	Tout centre doit participer à des enseignements universitaires initiaux et/ou post-universitaires en faculté de médecine.
Activités de recherche	Tout centre doit assurer des activités de recherche évaluables : - par des publications référencées dans les 5 dernières années ; - et/ou par des participations comme investigateur à des projets de recherche clinique acceptés par un CPP dans les 5 dernières années.
Critères supplémentaires pour les SDC spécialisées oncologiques	
	Une SDC spécialisée doit pouvoir proposer un accueil privilégié (consultations ou avis d'expert) aux patients suivis par les autres SDC polyvalentes à la demande de leurs confrères selon une procédure formalisée.
Accès en urgence des patients en consultation d'oncologie	Une procédure d'accès en urgence des patients vus en consultation d'oncologie est rédigée, en accord avec les critères de recommandations de bonne pratique oncologique, et mise en œuvre.
Accès à une RCP dédiée aux douleurs du cancer	Une SDC oncologique doit avoir accès dans l'ES, ou à défaut de manière formalisée (hors ES) par convention, à une RCP (au moins 3 disciplines différentes) dédiée aux douleurs du cancer. Cela doit permettre un échange entre médecin de la douleur et oncologue, et des spécialistes des techniques interventionnelles (neurochirurgien, anesthésiste, radiologue interventionnel, radiothérapeute...), et d'autres disciplines de soins de support (palliatologue, psychiatre, infirmier douleur, assistant social...).
Accès aux techniques interventionnelles radiologiques, techniques	Une SDC oncologique doit avoir accès dans l'ES, ou à défaut de manière formalisée (hors ES) par convention, aux techniques interventionnelles radiologiques, techniques d'analgésie locorégionales, neurochirurgicales.
Expérience clinique du responsable de la SDC oncologique	Le responsable de la SDC spécialisée oncologique doit avoir une expérience clinique attestée d'au moins 6 mois en douleur oncologique.
Participation à des actions sur la douleur du cancer	Le personnel de la SDC oncologique doit participer à des actions de formation continue sur les douleurs du cancer, et/ou à des publications, et/ou à des groupes de travail sur la douleur du cancer.
Critères supplémentaires pour les SDC spécialisées pédiatriques	
	Une SDC spécialisée doit pouvoir proposer un accueil privilégié (consultations ou avis d'expert) aux patients suivis par les autres SDC polyvalentes à la demande de leurs confrères selon une procédure formalisée.
Double valence du médecin responsable	Le médecin responsable d'une SDC exclusivement pédiatrique doit posséder la double valence douleur et pédiatrique à savoir : - une valence douleur DESC médecine de la douleur et médecine palliative, ou capacité évaluation et traitement de la douleur, ou FST et 2^e année capacité douleur ou FST et DIU douleur de l'enfant ; - et une valence pédiatrique DES de pédiatrie ou expérience en médecine de l'enfant et de l'adolescent d'au moins 3 ans temps plein, ou durée équivalente à temps partiel. Pour les autres personnels médicaux, hors responsable de la structure, il est demandé au moins 1 DIU douleur de l'enfant (en cours ou acquis dans les 2 premières années d'exercice) et une valence pédiatrique.

Réalisation de RCP	La SDC exclusivement pédiatrique réalise au moins une RCP par mois.
Double valence du personnel médical prenant en charge les enfants	Dans les structures mixtes accueillant des adultes et des enfants, le personnel médical prenant en charge les enfants/adolescents doit posséder une double valence douleur et pédiatrique : - une valence douleur : DESC médecine de la douleur et médecine palliative ou capacité évaluation et traitement de la douleur ou FST ou DU douleur enfant ; - ET une valence pédiatrique : DES de pédiatrie ou expérience en médecine de l'enfant et de l'adolescent d'au moins 1 an temps plein (ou durée équivalente à temps partiel). Afin de favoriser l'acculturation, la SDC doit travailler en étroite collaboration clinique avec les services de pédiatrie de l'hôpital ou de la région (consultations communes, RCP...), dans le cadre d'une procédure interne ou d'une convention.
Réalisation de RCP mixtes	La SDC mixte réalise des RCP auxquelles les SDC adultes peuvent participer, notamment pour anticiper le passage d'adolescents à adultes.

3.7. Une politique nationale de lutte contre la douleur en France

De 1998 à 2010, la France a déployé une politique de lutte contre la douleur et de la douleur chronique sur l'ensemble du territoire. Trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédé. Environ 250 structures spécialisées en douleur chronique (SDC) ont été créées. Les professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux ont été sensibilisés et formés à la prise en charge de la douleur. Un contrat d'engagement contre la douleur est remis à chaque patient hospitalisé, et la lutte contre la douleur est intégrée à la certification des établissements de santé, portée par la Haute Autorité de santé. Des comités de lutte contre la douleur (CLUD) ont été créés dans les établissements hospitaliers. Un Centre national de ressources de lutte contre la douleur (CNRD) a été créé.

Malgré cela, la prise en charge des personnes douloureuses chroniques ne répond toujours pas aux besoins de la population et a des impacts humains, sociaux et financiers majeurs. La prévention reste insuffisante et les prises en charge sont trop tardives selon les critères internationaux publiés par l'IASP, autant en ville qu'à l'hôpital. Des inégalités territoriales d'accès aux soins spécialisés persistent, et dans ce contexte, certaines populations vulnérables et/ou dyscommunicantes ont très peu accès à des soins spécialisés et de qualité.

3.7.1. Les plans de lutte contre la douleur en France

En France, trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédé de 1998 à 2010.

Le premier plan d'action triennal de lutte contre la douleur 1998-2000

En 1998, la [circulaire DGS/DH n° 98/586 du 24 septembre 1998](#) (97), relative à la mise en œuvre du premier plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés, était articulée autour de trois axes :

- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et réseaux de soins ;
- le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur ;
- la prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

Il prévoyait la mise en place à l'échelle nationale de structures multidisciplinaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique rebelle, au sein des établissements de santé.

Le deuxième programme de lutte contre la douleur 2002-2005

En 2002, la [circulaire DHOS 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](#) (77) rappelait les objectifs atteints : information des usagers, création de 96 structures contre la douleur chronique rebelle, formation des professionnels, recommandations « labellisées », amélioration des pratiques thérapeutiques. Elle notait cependant que les structures multidisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique étaient encore mal connues du public et des médecins libéraux et que les délais d'attente pour une première consultation restaient longs, parfois de plusieurs mois hors urgence.

Ce deuxième programme poursuivait les objectifs du premier plan et visait notamment l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique rebelle (lombalgies, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses...) et de la souffrance en fin de vie, ainsi que les douleurs provoquées par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

Il avait pour objectifs de :

- associer les usagers par une meilleure information ;
- améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées ;
- améliorer l'information et la formation des personnels de santé ;
- amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur ;
- renforcer le rôle infirmier, notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

Le troisième plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

En 2006, [le troisième](#) plan (98) constatait des disparités régionales dans la prise en charge de la douleur. Ces objectifs étaient articulés autour de quatre axes :

- améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables, notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et des personnes en fin de vie ;
- améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients ;
- améliorer les modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ;
- structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles, pour permettre de rendre plus efficace le dispositif.

Le quatrième programme national de lutte contre la douleur n'a jamais été mis en œuvre. Il avait pour ambition de mobiliser l'ensemble des acteurs de soins en ville et de libérer la parole des patients. Trois axes avaient été définis :

- améliorer l'évaluation et la prise en charge de la douleur des patients en mobilisant les acteurs de premier recours ;
- garantir la prise en charge de la douleur au domicile et en établissement médico-social ;
- favoriser l'expression de la douleur pour mieux la repérer. Aider les patients qui rencontrent des difficultés de communication (nourrisson, personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de troubles cognitifs, etc.) à mieux exprimer les douleurs ressenties afin d'améliorer leur soulagement.

3.7.2. Les autres organisations de lutte contre la douleur

Le Centre national de ressources de lutte contre la douleur (CNRD)

En 2002, la [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](#) (77) annonce la création du Centre national de ressources de lutte contre la douleur (CNRD) dans le cadre d'une convention entre la DGOS et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Il s'agit d'une instance à caractère national, directement rattachée à l'État, dépourvue de la personnalité morale.

Le CNRD a pour objectif principal la prévention et l'amélioration de la prise en charge de la douleur provoquée par les soins (appelée aussi douleur procédurale), chez l'enfant et l'adulte, avec une attention particulière pour les personnes vulnérables (la personne âgée, la personne handicapée, etc.).

En 2016, cet objectif a été étendu à la prise en charge de la douleur chronique. La cible était initialement l'ensemble des professionnels de santé des secteurs public et privé. Elle a été élargie aux usagers du système de santé. De plus, sur requête des autorités sanitaires, le CNRD peut avoir un rôle d'observatoire des besoins et des pratiques.

Les missions du CNRD sont aujourd'hui diverses.

Pour le grand public :

- informer au mieux le grand public sur les différents aspects de la douleur et de sa prise en charge ;
- donner des informations pratiques aux patients douloureux pour les aider dans leur prise en charge et leur vie quotidienne ;
- appuyer les politiques publiques en matière d'information sur la douleur.

Pour les professionnels de santé :

- recueillir et diffuser des informations en ligne sur la douleur, les recommandations de la HAS comme des sociétés savantes et la réglementation applicable dans ce domaine ;
- fournir des éléments pratiques (protocoles, audits, etc.) pour la mise en œuvre des stratégies de prise en charge de la douleur (douleur chronique, douleur aiguë quotidienne, douleur des soins) ;
- faire connaître et valoriser les initiatives et les actions réalisées sur le thème de l'amélioration de la prise en charge de la douleur et du confort du patient.

Le CNRD est financé par une dotation annuelle liée aux MIGAC et est administrativement géré par l'AP-HP sur le site de l'hôpital Armand-Trousseau, Paris 12^e. Son personnel est rattaché à l'hôpital Trousseau et comprend : une documentaliste, un médecin, une secrétaire et un cadre supérieur de santé.

Pour réaliser ses missions, il possède un [site internet](#) qui propose des outils de formation sous la forme de vidéos réutilisables par les professionnels de santé. Selon le statut d'enregistrement du visiteur (grand public ou professionnel), il est proposé des documents de synthèse avec un accès facilité sur les dispositifs mobiles (téléphones portables, tablettes). Des contributions externes de spécialistes de la douleur peuvent être intégrées.

Les [pages Facebook](#) et [Twitter](#), la [chaîne YouTube](#) complètent la diffusion des données du site. Des newsletters informent des actualités concernant la douleur, des congrès à venir, ou relaient les contenus récents publiés dans le site.

Les ressources du centre de documentation (ouvrages, dossiers thématiques) sont accessibles sur rendez-vous téléphonique. Des bibliographies ciblées peuvent être envoyées par courriel. Des DVD destinés à la formation des professionnels de santé peuvent être envoyés gratuitement sur demande.

Une inscription sur le site de type professionnel permet un accès en ligne aux contenus de ces DVD ainsi qu'à leur téléchargement.

Les comités de lutte contre la douleur (CLUD)

Article L. 1112-4 du Code de la santé publique

« Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis...

Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale et continue des professionnels de santé et diffusent, en liaison avec les autres établissements de santé publics ou privés, les connaissances acquises, y compris aux équipes soignantes, en vue de permettre la réalisation de ces objectifs en ville comme dans les établissements. Ils favorisent le développement de la recherche.

Les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent passer convention entre eux pour assurer ces missions.

Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi ou des personnes âgées. »

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 (77)

Ces moyens de lutte contre la douleur peuvent prendre la forme d'un comité de lutte contre la douleur (CLUD) ou une démarche intégrée dans la structure qualité. Depuis la réforme de la gouvernance hospitalière, le CLUD est devenu une sous-commission de la commission médicale d'établissement (CME). Le CLUD doit être pluriprofessionnel et pluridisciplinaire et représentatif de l'ensemble des personnels soignants de l'établissement. La participation de ses membres est basée sur le volontariat.

Le CLUD¹⁵ n'a pas pour mission de prendre en charge directement la douleur, laquelle relève des structures de soins et structures spécialisées de traitement de la douleur. Les missions du CLUD sont de :

- 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 ;
- 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 (douleur aiguë, chronique ou procédurale),
 - 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 programmes d'information et de formation continue de l'ensemble des personnels de l'établissement ;
- mettre en place ou participer aux audits, évaluations des pratiques professionnelles, enquête de satisfaction des patients ;

¹⁵ SDC en France, Guide bonnes pratiques SFETD, F. Aubrun, nov. 2019.

- collaborer avec d'autres CLUD afin de mutualiser les compétences et favoriser les échanges d'informations et d'expériences. La participation à un réseau InterCLUD est recommandée.

Les InterCLUD¹⁶

L'InterCLUD est une instance transversale territoriale ou régionale qui a vocation à répondre, dans le cadre de la lutte contre la douleur, aux demandes et besoins des établissements de santé et médico-sociaux, publics et privés, et des professionnels de premier recours, en cohérence avec les projets régionaux de santé définis par les agences régionales de santé.

Il est recommandé, au sein de groupement hospitalier de territoire (GHT), de mettre en place un InterCLUD ou un réseau régional inter-établissement pour mutualiser les compétences et harmoniser les pratiques de prise en charge de la douleur.

3.7.3. Les rapports et recommandations sur la prise en charge de la douleur en France

En 2009, Haute Autorité de santé – Un état des lieux sur les SDC

La HAS a publié un état des lieux sur la prise en charge de la douleur chronique par les SDC en France : [État des lieux. Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. Synthèse](#), avril 2009 (4).

Ce document est basé sur une enquête transversale réalisée par la HAS en 2008, avec 2 900 fiches patients remplies par les médecins pour les patients lors de leur première consultation en service spécialisé et des entretiens dirigés auprès de 24 responsables de SDC.

Dans son introduction, ce document précise que la douleur chronique est un phénomène pluridimensionnel somatique et psychosocial. La pluridisciplinarité et l'approche pluridimensionnelle sont les principes fondateurs des structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique.

Cet état des lieux relève :

1. La capacité des SDC à répondre à la demande actuelle des patients

- Seuls 7 % des patients consultant pour la première fois dans une structure spécialisée douleur avaient un recours « injustifié » selon le médecin.

Ce recours était considéré comme injustifié lorsque le patient avait un traitement adapté, ne relevait pas d'une prise en charge spécialisée ou relevait du médecin traitant, ou lorsque la structure n'avait pas de réponse adaptée. Ce taux de recours injustifiés était plus élevé pour les patients souffrant d'une douleur récente, se rendant d'eux-mêmes dans une structure spécialisée, ou n'ayant pas préalablement consulté pour leur douleur.

- Le délai d'attente pouvait être considéré comme raisonnable pour 56 % des patients, qui étaient reçus dans le mois. Le délai d'attente était de moins de 2 mois pour 4 patients sur 5, mais 31 % des patients attendaient plus de 3 mois. Le délai était moindre pour les patients avec une douleur cancéreuse ou les patients âgés.

Le nombre de patients qui relèveraient d'une structure spécialisée, même s'il n'est pas connu, est probablement élevé. En effet, si l'on considère l'enquête française STOPNET, près de 1 Français sur 5 de plus de 18 ans présenterait une douleur chronique d'intensité au moins modérée. Ainsi, si tous ces patients avaient consulté en SDC, les organisations et les moyens actuels ne pourraient pas répondre aux besoins et les délais s'en trouveraient encore plus augmentés.

¹⁶ SDC en France, Guide bonnes pratiques SFETD, F. Aubrun, nov. 2019.

2. Les modalités d'accès du patient aux SDC

- Les patients sont orientés vers une SDC pour moitié par un médecin généraliste, d'autres sont adressés par un médecin spécialiste et 6 % viennent de leur propre initiative. Dans ce dernier cas, ce sont plutôt des femmes, des personnes ayant une activité professionnelle et des patients souffrant de céphalées. Ils sont aussi plus à risque d'avoir un recours « injustifié ».

Les patients adressés à une SDC devraient avoir un courrier type du médecin ou, lorsqu'ils viennent de leur propre initiative, devraient répondre à un auto-questionnaire.

3. La pluri/interdisciplinarité dans les SDC

- 70 % des patients douloureux chroniques qui consultaient en SDC avaient besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire, mais seuls 45 % des patients étaient consultés par au moins deux médecins de disciplines différentes et 30 % ne recevaient l'avis que d'un somaticien.

Le besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire était en lien avec le type de douleur, la durée de la douleur, l'âge ou la situation socio-professionnelle du patient et le type de structure douleur sollicitée.

Les structures douleur ont des difficultés à recruter des psychiatres. Le recours à des médecins extérieurs est une solution proposée, mais dans ce cas il est souhaitable que ces médecins aient une spécialité douleur et qu'ils participent aux réunions pluridisciplinaires de la structure spécialisée.

4. La structuration des SDC en niveaux de prise en charge

- Les SDC sont organisées selon quatre niveaux : les consultations de proximité, les consultations pluridisciplinaires, les unités et les centres pluridisciplinaires. Certaines de ces structures ont du mal à remplir les critères de l'ARH.

Selon les responsables des SDC interrogés, il est important d'avoir un responsable diplômé en douleur, un temps dédié de psychiatre et de professionnels non médicaux, de mettre en place des réunions de synthèse pluridisciplinaire, de disposer d'une permanence téléphonique et d'avoir une unité de lieu. En revanche, ils considèrent que d'autres critères réglementaires devraient être adaptés au contexte local : l'accès à plusieurs locaux, la composition de l'équipe médicale et le temps de présence des médecins.

5. Financement et activité des SDC

- La durée moyenne d'une première consultation en structure spécialisée douleur est de 50 minutes.

Elle est valorisée au tarif conventionnel d'une consultation d'un spécialiste ou d'un généraliste. Une dotation MIGAC est censée couvrir le surcoût de cette consultation.

Toutefois, le montant et surtout l'utilisation de cette dotation par l'établissement ne sont pas clairs. Les responsables des SDC ne connaissent pas le montant du financement MIGAC versé à l'établissement, ni son adéquation avec le nombre et les temps professionnels dédiés à leur SDC. Ce mode de financement ne semble donc pas à même de rendre compte de l'activité réelle des SDC, un mode de financement forfaitaire semblerait plus adapté.

6. L'hospitalisation pour douleur chronique

- 17 % des patients consultant en SDC auraient besoin d'être hospitalisés.

Ce besoin d'hospitalisation dépend de la douleur et de la situation socio-professionnelle du patient, mais aussi de la structure et du nombre de jours d'ouverture de cette dernière.

Les responsables des SDC considèrent que des lits dédiés d'hospitalisation ne sont pas indispensables, et que des conventions avec d'autres services hospitaliers pourraient suffire.

En 2010, Haut Conseil de la santé publique (HCSP) – [Rapport d'évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010](#)

Ce rapport (99) d'évaluation souligne les fragilités du système actuel, et malgré les avancées liées aux trois plans successifs de lutte contre la douleur, les carences persistantes dans la prise en charge des patients douloureux chroniques en ville et à l'hôpital, en particulier pour les populations vulnérables. Il fait une série de propositions avec quatre principes et six axes de recommandations.

Les quatre principes :

- consolider et approfondir les avancées des plans précédents, combler les lacunes ;
- changer de paradigme, d'une prise en charge et d'un savoir hospitalo-centrés vers une offre et une organisation des soins de ville ;
- prêter une attention forte aux personnes « dyscommunicantes » : nouveau-nés et très jeunes enfants, malades en réanimation, malades atteints de pathologies psychiatriques, polyhandicapés et malades atteints de pathologies démentielles ;
- élaborer et conduire le futur plan selon des objectifs explicités et des moyens proportionnés avec la mise en place d'une véritable fonction de pilotage.

Les six axes :

- la poursuite de la structuration de l'offre de soins, notamment en milieu de ville ;
- la formation et la sensibilisation des professionnels de santé ;
- l'information du public ;
- l'attention aux enfants, adolescents, personnes âgées, personnes handicapées et personnes souffrant de pathologies psychiatriques ;
- l'amélioration des connaissances (épidémiologie, recherche clinique, évaluation de l'impact) ;
- l'amélioration de la gouvernance.

Ce rapport considère que l'on devrait 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 milieu de ville. Il souligne la nécessité de prêter une attention particulière aux populations vulnérables ou dyscommunicantes. Il recommande l'élaboration d'un quatrième plan douleur.

En 2013, la Conférence nationale de santé – [Avis du 17.9.13 sur le projet de programme national douleur \(2013-2017\)](#) (99)

Dans cet avis sur le programme national douleur (2013-2017), la Conférence nationale de santé (CNS) a émis des réserves. Elle a considéré que, dans ce projet, les objectifs généraux résultant de l'identification de priorités n'étaient pas clairement définis ; et de ce fait, qu'il y avait un fort décalage entre les attentes suscitées par le programme national douleur et la lecture du projet proposé, qui ne prenait pas en compte la réduction des inégalités sociales de santé (priorité nationale de santé), ainsi qu'une partie des situations douloureuses. Le fil directeur du programme n'était pas clairement défini, ce qui obérait les possibilités d'appropriation du programme par l'ensemble des acteurs concernés. Il n'était pas fait mention du rôle des associations de patients, en particulier à domicile et en établissements médico-sociaux. La gouvernance n'associait pas clairement les niveaux national et régional, gage de réussite. Par ailleurs, dans le texte, il était systématiquement fait mention de parcours de soins et de patient douloureux, alors que dans ce modèle biopsychosocial, la problématique était plus large et concernait les personnes douloureuses et les parcours de santé.

En 2017, la SFETD – un livre blanc de la douleur

[Ce livre blanc](#) (69) fait un état des lieux de la douleur en France, et en conclusion propose une série de neuf mesures :

1. Maintenir et consolider le rôle des centres spécialisés dans la prise en charge de la douleur chronique qui se sont développés au cours des vingt dernières années et ont fait la preuve de leur efficacité
 - Préserver l'existant en grand danger actuel. Le risque de la fermeture de structures confrontées au manque de moyens médicaux et financiers est grand. Dans ce cadre, il faut en priorité préserver les postes de médecins de la douleur ainsi que des professionnels paramédicaux et psychologues, et pérenniser les financements obtenus.
 - Développer de nouvelles structures spécialisées pour répondre aux besoins croissants, notamment pour les populations vulnérables, en gériatrie, en santé mentale et en situation de handicap.
2. Renforcer la formation de tous les professionnels de santé à la prise en charge de la douleur
 - Reconnaître la médecine de la douleur comme une authentique spécialité et créer une vraie discipline de la médecine de la douleur, avec une formation de 3^e cycle de médecine spécialisée, en IFSI, en formation de psychologues, de kinésithérapeutes, et plus largement de tous les professionnels de santé.
3. Impliquer davantage les acteurs de premier recours, les médecins généralistes et les pharmaciens, dans l'accompagnement des patients douloureux
 - Valoriser le parcours de soins des patients atteints de douleurs chroniques : la douleur, et notamment la douleur chronique, est une vraie maladie qui justifie une coordination et une coopération pluriprofessionnelle des soins, en ville comme à l'hôpital et entre les deux. La douleur chronique est une maladie chronique transversale, qui se prête à une innovation en termes de coordination et de financement des soins chroniques.
4. 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
 - Il est nécessaire de garantir que la prise en charge de la douleur soit intégrée dans la réorganisation des systèmes de soins, qui connaît des évolutions importantes aujourd'hui, en particulier le virage ambulatoire et la réhabilitation précoce.
 - À ce titre, la e-santé, la télémédecine peuvent permettre d'améliorer l'accès aux structures de la douleur, de réduire les inégalités et les déserts médicaux.
5. Développer des campagnes de prévention de la douleur, au travail, en chirurgie ou encore liée aux soins
 - Mieux prévenir les douleurs chroniques et leurs impacts en proposant un dépistage et une prise en charge précoce des facteurs de chronicisation, ainsi que des plans de prévention au travail.
6. Développer la reconnaissance des approches non médicamenteuses de la douleur et de l'éducation thérapeutique du patient
 - La prise en charge de la douleur fait appel à de nombreuses approches, souvent globales. Les approches complémentaires sont souvent utilisées par les patients et devraient faire l'objet d'évaluation, de valorisation en vue d'une intégration dans une vision moderne des soins.
 - L'éducation thérapeutique du patient est actuellement un élément majeur de la prise en charge des maladies chroniques, elle permet une meilleure qualité de vie, une meilleure sécurité des soins et une approche moderne de la relation avec les personnes douloureuses.

7. Améliorer les situations de prise en charge pour les populations les plus vulnérables
 - Il convient notamment d'améliorer la prise en charge de la douleur en pathologie mentale dans les établissements psychiatriques, ainsi qu'en Ehpad.
8. Soutenir et reconnaître les personnes douloureuses et leurs proches
 - Les personnes douloureuses ne doivent plus être stigmatisées. La douleur est invisible, mais elle détruit, isole et fragilise. Reconnaître la douleur chronique comme une vraie maladie, aider et accompagner les proches impactés par cette souffrance est une réponse éthique, qui démontre une vision moderne de la maladie et du soin.
9. Développer la recherche translationnelle en impliquant tous les acteurs
 - La recherche fondamentale française en douleur est une recherche de qualité, reconnue internationalement. Des liens doivent se faire avec les cliniciens pour développer une recherche translationnelle.

En 2018, l'Académie de médecine – un rapport pour une meilleure prise en charge des patients douloureux chroniques

Ce rapport, [Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades](#) (100) émet les cinq recommandations suivantes :

1. Consolider l'existence des 273 SDC pour les années à venir ;
2. Désigner au sein de chaque faculté de médecine un « coordinateur universitaire douleur » rattaché à la sous-section « Thérapeutique-médecine de la douleur » du Conseil national des universités ou à une des disciplines universitaires concernant la douleur ;
3. Veiller au renouvellement des équipes des SDC par :
 - des médecins ayant reçu une formation spécialisée transversale (FST) en médecine de la douleur, en plus de leur diplôme d'études spécialisées (DES) d'origine,
 - d'autres soignants (infirmières, psychologues, physiothérapeutes...) ayant bénéficié d'une formation douleur ;
4. En plus de l'indispensable formation initiale de tous les médecins et soignants à la spécificité de la douleur chronique, faciliter l'accès à des formations complémentaires sur les nouvelles approches non médicamenteuses, technologiques et psychosociales ;
5. Développer la recherche clinique et fondamentale translationnelle par la mise en place de choix stratégiques, politiques et organisationnels.

2018, stratégie nationale de santé 2018-2022

Dans la [stratégie nationale de santé 2018-2022](#) (101), le mot douleur n'apparaît pas.

Ainsi depuis dix ans, date de fin du 3^e plan de lutte contre la douleur, la douleur chronique ne semble plus être une priorité de santé publique. Le 4^e programme national douleur (2013-2017) n'a jamais vu le jour. La médecine de la douleur n'est pas une spécialité en France, et le diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) et la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur ont été remplacés par une formation spécialisée transversale (FST). Les SDC sont fragilisées financièrement et ont du mal à recruter du personnel formé à la douleur.

En novembre 2019, la SFETD – un guide de bonnes pratiques pour les SDC

[Ce guide](#) (41) fait un état des lieux des SDC en France, reprend les organisations et émet 50 recommandations de bonnes pratiques. Il rappelle que le parcours de santé de la personne douloureuse chronique se caractérise par de multiples dimensions, situationnelle, biopsychosociale et relationnelle,

avec de nombreux intervenants en pluriprofessionnels et multidisciplinaires et avec des prises en charge concernant les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Il propose 50 recommandations, certaines générales sur l'évaluation et la prise en charge du patient douloureux chronique (tableau 19), d'autres plus spécifiques pour l'utilisation de thérapeutiques spécifiques en SDC (kétamine, lidocaïne, toxine botulinique, la rTMS, les patchs de haute concentration de capsaïcine, l'analgésie intrathécale ou péridurale) non reprises dans le tableau 19.

Tableau 20. Les 50 recommandations de la SFETD, 2019 (41) :

Source : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), Aubrun F, Conradi S, Le Chevalier A, Piano V. Structures Douleur Chronique en France (SDC). Guide de Bonnes Pratiques. Paris: MED-LINE Editions; 2019. <https://www.med-line.fr/catalogue/structures-douleur-chronique-en-france-sdc/>

N°	RECOMMANDATIONS	Accord
Les structures douleur chronique (SDC)		
1	L'obtention de la labellisation SDC est indispensable et nécessaire pour utiliser le terme de structure douleur chronique (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.	Fort
2	Il est recommandé de garantir le principe de la pluriprofessionnalité et de la pluridisciplinarité des consultations et des centres ainsi que dans le cadre des réunions de concertation.	Fort
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.	[✓]
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.	[✓]
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 l'organisation de plateformes auprès des bassins de population.	[✓]
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.	[✓]
7	Le secrétariat 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, il peut participer à l'évaluation des critères d'urgence justifiant un coupe-file et à l'orientation du patient auprès d'une SDC alternative à proximité de son domicile.	[✓]
8	Il est recommandé que le médecin exerçant en SDC soit spécifiquement formé et compétent en médecine de la douleur et travaille en équipe pluriprofessionnelle. En effet, la consultation uniprofessionnelle n'est pas un modèle adapté pour la prise en charge des patients douloureux complexes. Le médecin doit par conséquent veiller à la pluriprofessionnalité et à la pluridisciplinarité de l'équipe dans laquelle il exerce et/ou dont il a la responsabilité.	Fort
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 pour une bonne prise en charge de la douleur.	Fort
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 des groupes BALINT ou des groupes d'analyse des pratiques.	[✓]

N°	RECOMMANDATIONS	Accord
L'infirmier référent douleur (IRD)		
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 pédiatriques, il est attendu que l'IRD ait une expérience pédiatrique, voire le DE de puériculture.	[✓]
12	L'IRD contribue à la prise en charge du patient douloureux par ses activités cliniques de consultation, que ce soit en 1 ^{re} ligne/1 ^{er} recours, 1 ^{re} ligne/2 ^e recours ou 2 ^e 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 prescriptions médicales ; – une consultation finale afin d'évaluer la prise en charge.	Fort
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.	Fort
Le psychologue douleur		
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.	Fort
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.	Fort
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.	Fort
Le travail en équipe		
17	Une réunion de concertation pluriprofessionnelle 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.	Fort
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 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.	Fort
19	Il est recommandé de réaliser pour chaque nouveau patient une évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle 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	[✓]

N°	RECOMMANDATIONS	Accord
	douleur ou des possibilités d'acceptation d'une thérapeutique antalgique spécifique. Quant à l'entretien infirmier, il permet d'aborder la genèse de la douleur et le contexte de vie dans lequel s'inscrit cette douleur chronique.	
Les douleurs neuropathiques		
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 (<i>Neuropathic Pain Symptom Inventory</i>), qui peut être un outil de suivi (se référer aux recommandations sur la prise en charge des douleurs neuropathiques).	Fort
Les opioïdes		
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.	Fort
Les douleurs cancéreuses		
46	Il est recommandé de réaliser un diagnostic physiopathologique et une évaluation pluridimensionnelle de la douleur du cancer.	Fort
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.	[✓]
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.	[✓]
Les thérapies complémentaires		
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.	[✓]
Les autres structures douleur		
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'établissement 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).	[✓]

3.7.4. Le parcours du patient douloureux chronique – les productions de la Haute Autorité de santé

La prise en charge d'un patient douloureux chronique nécessite : une première évaluation avec un diagnostic (étiologique) de la douleur et une évaluation de ses multiples dimensions biopsychosociales, de définir avec le patient des objectifs thérapeutiques, et de les mettre en œuvre, les suivre et les adapter à l'évolution de la situation.

3.7.4.1. La première évaluation du patient douloureux chronique en ambulatoire

[Recommandations – Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, ANAES 1999](#) (1)

Ce document HAS émet 13 recommandations pour l'évaluation et le suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire (tableau 20).

L'évaluation initiale est un temps propre qui n'est pas celui du traitement. Il n'y a pas de prise en charge adaptée sans évaluation préalable. Elle demande du temps, en **moyenne une heure**, et peut être répartie en plusieurs consultations.

L'évaluation initiale est nécessairement multidimensionnelle, biopsychosociale et explore la douleur et ses conséquences. Elle comprend un bilan étiologique de la douleur. Le médecin peut s'appuyer pour cette évaluation sur la grille d'entretien semi-structuré de la HAS (tableau 21) et des échelles et questionnaires validés en langue française (tableau 20).

Le professionnel peut recevoir le patient seul ou accepter, quand le patient le propose, la présence d'un accompagnant. Dans ce cas, il faut savoir garder le patient au centre de l'entretien, tout en respectant la place naturelle de l'accompagnant. La façon dont l'accompagnant intervient et sa posture sont aussi source d'information.

La HAS a aussi publié des recommandations pour les personnes âgées dyscommunicantes, utilisant des échelles validées – [L'évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, octobre 2000](#) (2).

Tableau 21. Recommandations – Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, ANAES 1999 (1)

1. L'évaluation initiale du malade douloureux chronique demande du temps. Elle peut se répartir sur plusieurs consultations.
2. L'évaluation du malade douloureux chronique implique un bilan étiologique avec un entretien, un examen clinique et si besoin des examens complémentaires.
3. Les éléments cliniques essentiels sur lesquels se fonde l'entretien avec le malade douloureux chronique sont indiqués dans la grille d'entretien semi-structuré (tableau 21).
4. Parmi les outils de base de l'évaluation du malade douloureux chronique, on retient :
 - un schéma donnant la topographie des zones douloureuses ;
 - une mesure de l'intensité de la douleur par une échelle visuelle analogique (EVA) ou une échelle numérique (EN) ou une échelle verbale simple (EVS) ;
 - une liste d'adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur ;
 - une évaluation de l'anxiété et de la dépression (*Hospital Anxiety and Depression scale*) ;
 - une évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement.

En complément de ces outils de base, il en existe d'autres qui n'ont pas été retenus dans l'évaluation de base et qui peuvent permettre de compléter l'évaluation pour préciser l'adaptation psychologique du malade.

5. Comme tout instrument d'auto-évaluation, les échelles et les questionnaires proposés doivent être remplis par le malade, sans influence du médecin ou de l'entourage. Ils doivent au préalable avoir été expliqués par le médecin. Leur utilisation se situe donc après un entretien clinique. Ils sont complémentaires de la consultation avec le patient et ne doivent pas s'y substituer.
6. Le schéma des zones douloureuses est utile pour faire figurer la topographie de la douleur dans le dossier du malade.
7. Intensité de la douleur :
 - l'EVA, l'EN et l'EVS ont été validées pour mesurer l'intensité de la douleur. Elles n'apprécient donc pas les autres dimensions de la douleur ; elles ne permettent pas de préciser le diagnostic des mécanismes sous-jacents ;
 - l'utilisation en pratique clinique quotidienne des mesures de l'intensité de la douleur (EVA, EN et EVS) est utile pour mieux détecter les malades ayant besoin d'un traitement symptomatique ;
 - il n'existe pas de lien direct entre la valeur obtenue sur une échelle et le type de traitement antalgique nécessaire ;
 - les scores calculés à partir des échelles d'intensité ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi. Les scores ne permettent pas de faire des comparaisons inter-individuelles.
8. Les versions longues des questionnaires d'adjectifs ont été validées. Leur longueur les rend difficilement applicables en médecine ambulatoire. Les scores donnent une indication de l'importance de la douleur. Le vocabulaire de la douleur possède également une valeur d'orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (par exemple, les douleurs neuropathiques) et apprécier le retentissement affectif de la douleur. Les versions courtes ne sont pas actuellement validées. L'expérience des utilisateurs indique qu'elles peuvent apporter des informations utiles, notamment le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (QDSA) abrégé.

9. L'évaluation de la composante anxieuse ou dépressive de la symptomatologie douloureuse chronique est fondamentale en pratique quotidienne. La version française de l'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression scale*) est validée. Les scores au-delà des valeurs seuils permettent de parler de symptomatologie anxieuse et/ou dépressive.
10. L'évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien est importante en pratique quotidienne. Il n'existe pas d'instrument validé, en français, suffisamment court permettant d'apprécier ce retentissement. Le groupe propose d'utiliser une partie du questionnaire concis sur les douleurs (QCD) (sous-échelle 23) pour évaluer ce retentissement. Chaque item doit alors être coté et considéré comme une information séparée. En l'absence de validation, il n'est pas légitime d'additionner les scores pour effectuer un score global.
11. À l'issue de cette évaluation comportant notamment un entretien (grille d'entretien semi-structuré) et des échelles d'évaluation, on aura pu documenter l'importance du syndrome douloureux. Ces informations, couplées à la notion de durée d'évolution, devraient aider à la décision de demande d'avis spécialisés, d'orientation vers un réseau multidisciplinaire plus ou moins structuré, ou d'envoi vers une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur.
12. Les malades douloureux chroniques doivent être réévalués périodiquement. Il n'a pas été identifié d'étude permettant de déterminer la fréquence des réévaluations ; elle est laissée au jugement du clinicien et est fonction des objectifs fixés avec le patient.

L'ensemble des instruments proposés lors de l'évaluation initiale peut être proposé pour le suivi. Les évaluations, l'initiale et les successives (conservées dans le dossier), servent de points de comparaison.

13. Les échelles d'évaluation du soulagement de la douleur (EVA, EN et EVS) sont utiles pour le suivi.

Tableau 22. La grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique

- Ancienneté de la douleur
- Mode de début
 - circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail, etc.)
 - description de la douleur initiale
 - modalités de prise en charge immédiate
 - évènements de vie concomitants
 - diagnostic initial, explications données
 - retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelles et professionnelles, etc.)
- 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, etc.)
 - degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelles et professionnelles, etc.)
- 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, etc.)
 - intensité
 - retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelles et professionnelles, etc.)
 - 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
 - indemnisations perçues, attendues ; implications financières
 - procédures
- Facteurs cognitifs
 - représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive, etc.)
 - interprétation des avis médicaux
- Facteurs comportementaux
 - attitude vis-à-vis de la maladie (passivité, etc.)
 - 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

3.7.4.2. Le recours à une structure spécialisée douleur chronique

L'accès d'un patient à une SDC et son suivi devraient répondre à un certain nombre de règles. En 2008, des recommandations ont été publiées par la HAS : [Synthèse des recommandations professionnelles, douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, Évaluer et orienter le patient – Consensus formalisé, décembre 2008](#) (102) (tableau 22).

Tableau 23. Reconnaître le syndrome douloureux chronique, Évaluer et orienter le patient – Consensus formalisé, HAS 2008 (3)

- Avant d'être adressé à une SDC, le patient douloureux chronique doit avoir un bilan initial, sauf demande argumentée du médecin traitant. Un courrier du médecin demandeur reprenant cette première évaluation doit accompagner le patient.
- Les indications prioritaires pour une consultation en SDC sont :
 - un avis diagnostique complémentaire ;
 - un avis thérapeutique complémentaire ;
 - une mise en œuvre de l'évaluation ou de la prise en charge du patient facilitée par la SDC.
- Avant cette consultation spécialisée, le patient doit remplir un auto-questionnaire, afin de préparer au mieux cette consultation.
- Si la complexité l'exige, le patient doit être reçu par plusieurs professionnels, simultanément ou non, et faire l'objet d'une réunion de synthèse interdisciplinaire avec au moins un médecin somaticien et un psychiatre ou un psychologue.
- Les conclusions de cette évaluation doivent être adressées au médecin demandeur, ainsi qu'au médecin traitant, et doivent comprendre :
 - des réponses au motif de recours, notamment un avis argumenté sur les traitements en cours ;
 - les conclusions de l'évaluation ;
 - et des propositions thérapeutiques, ainsi que les objectifs pour le patient et des critères d'atteinte de ces objectifs.
- À la suite de cette première consultation en SDC, le patient peut selon les cas :
 - être réorienté vers le médecin demandeur :
 - la prise en charge en cours est adéquate,
 - la prise en charge est possible en ambulatoire après consultation spécialisée,
 - la prise en charge coordonnée médecin demandeur/structure est possible,
 - en cas de demande inappropriée à la SDC ;
 - être pris en charge par la SDC, en accord avec le médecin traitant :
 - la situation du patient l'exige : un diagnostic nécessitant des évaluations répétées, un traitement difficile à équilibrer, un syndrome douloureux chronique sévère et complexe nécessitant un avis spécialisé dans la structure, un échec du projet thérapeutique ambulatoire déjà proposé, un retentissement scolaire ou socio-professionnel prévisible, une coordination des soins avec le médecin scolaire, le médecin du travail ou une prise en charge médico-sociale, au cas par cas de façon exceptionnelle,
 - la structure offre des possibilités spécifiques : le traitement ou la prise en charge ne peuvent être réalisés ailleurs, le non-remboursement d'actes indispensables au projet thérapeutique en dehors de la SDC, la situation complexe nécessitant des discussions interdisciplinaires, ou l'inclusion du patient dans un programme de recherche ;
 - être adressé à une autre structure :
 - l'intervention préconisée peut être assurée par une autre SDC en accord avec celle-ci, le patient et le médecin traitant (exemples réseau de santé, SSR, etc.)

* Évoquer l'existence d'un syndrome de douleur chronique devant l'un des signes suivants :

- ✓ douleur résistante à l'analyse clinique et au traitement a priori bien conduit et suivi, conformément aux recommandations en cours
- ✓ douleur accompagnée d'une composante anxieuse ou dépressive
- ✓ douleur accompagnée d'une interprétation et de croyances propres au patient, et différentes de celles du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements

La douleur chronique est définie comme un syndrome multidimensionnel avec :

- ✓ douleur persistante ou récidivante, évoluant au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale diagnostiquée, notamment au-delà de 3 mois
- ✓ douleur accompagnée d'un retentissement fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne ou d'une limitation sociale ou professionnelle, notamment au-delà de 3 mois

****Exemples :**

- ✓ intensité, durée et répercussions majeures de la douleur sur la vie professionnelle, sociale et familiale du patient ou son équilibre psychique
- ✓ traitement fréquemment modifié ou avis sur pertinence, efficacité ou effets secondaires de la prise en charge médicamenteuse ou non
- ✓ traitement antalgique de palier 3 au long cours, hors cancer
- ✓ sevrage du traitement difficile
- ✓ approche interdisciplinaire facilitée
- ✓ geste thérapeutique spécifique

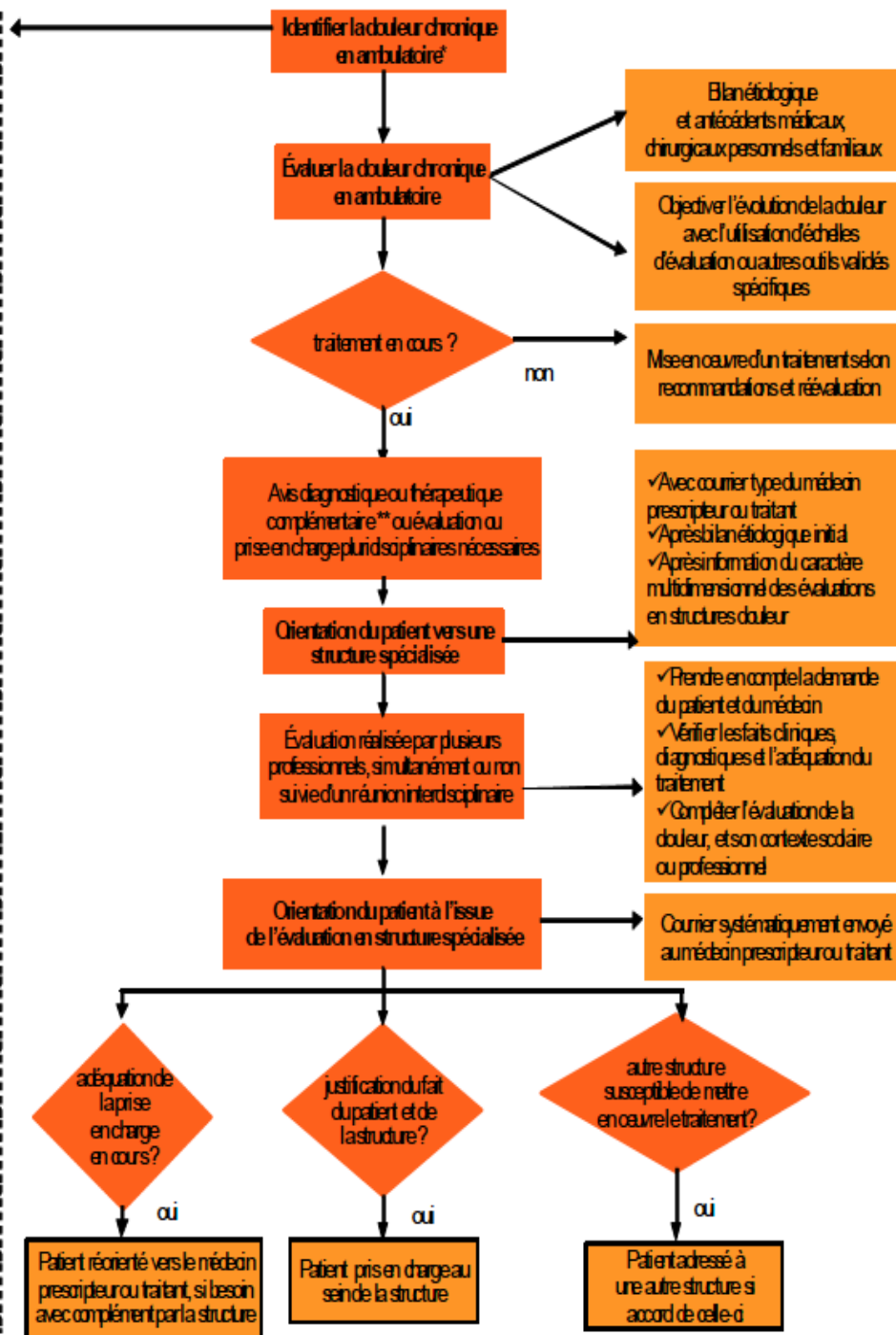


Figure 2. Parcours d'un patient douloureux chronique, HAS 2008 (3)

Stratégie de recherche documentaire

1 - Bases de données bibliographiques

Bases de données bibliographiques interrogées :

- BDSP, Banque de données en santé publique (Inist-CNRS, France) ;
- *Cochrane Library* (Wiley Interscience, États-Unis) ;
- LiSSa, Littérature scientifique en santé (CHU de Rouen, France) ;
- *Medline* (National Library of Medicine, États-Unis).

La recherche a porté sur les types d'étude et les sujets définis avec les chefs de projet. Seules les publications en langue française et anglaise ont été recherchées. La période de recherche débute en janvier 2008. Le nombre total de références obtenues est 385.

Le tableau 1 reprend les étapes successives de la recherche documentaire dans la base de données bibliographiques *Medline* : la stratégie d'interrogation précise les termes de recherche utilisés pour chaque sujet ou type d'étude ainsi que la période de recherche.

Les termes de recherche sont soit des termes issus d'un thesaurus (descripteurs du MESH par exemple pour *Medline*), soit des termes du titre ou du résumé. Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs booléens (AND, OR, NOT).

Tableau 1 : Stratégie de recherche dans la base de données Medline

Sujet/Type d'étude	Termes utilisés	Période
Parcours du patient douloureux chronique : publications internationales		2008-28/09/2020
Étape 1	MJMESH.EXACT("Continuity of Patient Care") OR MJMESH.EXACT("Critical Pathways") OR MESH.EXACT("Primary Health Care -- organization & administration") OR MJMESH.EXACT("Delivery of Health Care, Integrated") OR TI(care PRE/0 coordination) OR TI(pathway PRE/0 care) OR TI(coordinated PRE/0 care) OR TI(pain PRE/0 treatment PRE/0 centers) OR TI(pain PRE/0 center PRE/0 treatment) OR TI(pain PRE/0 treatment PRE/0 center) OR TI(interprofessional PRE/0 collaboration) OR TI(interdisciplinary PRE/0 pain PRE/0 management) OR TI(integrated PRE/0 care) OR TI(chronic PRE/0 care NEAR/2 model) OR TI(disease PRE/0 management) OR TI(care PRE/0 bundle) OT TI(integrated PRE/0 management PRE/0 model) OR TI(chronic PRE/0 disease PRE/0 model) OR TI(clinical PRE/0 pathway) OR TI(integrated PRE/0 care PRE/0 model)) AND (MESH.EXACT("Chronic Pain") OR TI("persistent pain") OR TI("Chronic pain"))	
Parcours du patient douloureux chronique : recommandations et conférences de consensus		2008-28/09/2020
Étape 2	MJMESH.EXACT("Chronic Pain") OR TI(chronic PRE/0 pain) OR TI(persistent PRE/0 pain)	
ET		
Étape 3	TI(care PRE/0 coordination) OR TI(pathway) OR TI(primary PRE/0 care) OR TI(coordinated PRE/0 care) OR TI(Collaborative PRE/0	

management) OR TI(pain PRE/0 treatment PRE/0 centers) OR TI(pain PRE/0 center PRE/0 treatment) OR TI(pain PRE/0 treatment PRE/0 center) OR TI(programme) OR TI(interprofessional PRE/0 collaboration) OR TI(Interdisciplinary) OR TI(multidisciplinary) OR TI(general PRE/0 practitioner) OR TI(family PRE/0 physician) OR TI(interdisciplinary PRE/0 pain PRE/0 management) OR TI(family physician) OR TI(integrated PRE/0 care) OR TI(chronic PRE/0 care NEAR/2 model) OR TI(disease PRE/0 management) OR MESH.EXACT.EXPLODE("Patient Care Team") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Interprofessional Relations") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Managed Care Programs") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Delivery of Health Care, Integrated") OR MESH.EXACT("Ambulatory Care") OR MESH.EXACT("Physicians, Family") OR MESH.EXACT("General Practitioners") OR MESH.EXACT("Critical Pathways") OR MESH.EXACT("Patient Care Management") OR MESH.EXACT("Disease Management") OR MESH.EXACT("Pain Management -- standards") OR MESH.EXACT("Pain Management -- methods") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Primary Health Care -- methods") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Primary Health Care -- standards") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Primary Health Care -- organization & administration") OR MESH.EXACT("Continuity of Patient Care") OR MESH.EXACT("Critical Pathways") OR MESH.EXACT("Primary Health Care -- organization & administration") OR MESH.EXACT("Delivery of Health Care, Integrated") OR TI(care PRE/0 coordination) OR TI(pathway PRE/0 care) OR TI(coordinated PRE/0 care) OR TI(pain PRE/0 treatment PRE/0 centers) OR TI(pain PRE/0 center PRE/0 treatment) OR TI(pain PRE/0 treatment PRE/0 center) OR TI(interprofessional PRE/0 collaboration) OR TI(interdisciplinary PRE/0 pain PRE/0 management) OR TI(integrated PRE/0 care) OR TI(chronic PRE/0 care NEAR/2 model) OR TI(disease PRE/0 management) OR TI(care PRE/0 bundle) OR TI(integrated PRE/0 management PRE/0 model) OR TI(chronic PRE/0 disease PRE/0 model) OR TI(clinical PRE/0 pathway) OR TI(integrated PRE/0 care PRE/0 model)

ET

Étape 4 TI(consensus) OR TI(guideline[*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR TI(recommendation[*1]) OR TI(statement[*1]) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline)

Parcours du patient douloureux chronique : méta-analyses et revues systématiques

2008-28/09/2020

Étape 2

ET

Étape 3

ET

Étape 5 TI(meta PRE/0 analys[*3]) OR TI(metaanalys[*3]) OR TI(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR TI(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 review[*3]) OR DTYPE(meta-analysis) OR DTYPE(systematic review) OR PUB(cochrane database syst rev))

Étape 2

ET

Étape 3

ET

Étape 6 TI(clinical PRE/0 trial*) OR TI(comparative PRE/0 stud*) OR TI(versus)
OR MESH.EXACT(Clinical Trial) OR DTYPE(comparative study)

Parcours du patient douloureux chronique : organisations des soins en Afrique du Sud, 2008-28/09/2020
en Allemagne, au Brésil, au Japon et en Suisse

Étape 2

ET

Étape 3

ET

Étape 7 MESH.EXACT("Germany") OR TI(Germany) OR
MESH.EXACT("Brazil") OR TI(Brazil) OR MESH.EXACT("South Africa")
OR TI(South PRE/0 Africa) OR MESH.EXACT("Japan") OR TI(Japan)
OR MESH.EXACT("Switzerland") OR TI(Switzerland)

2 - Liste des sites consultés

Académie nationale de médecine, France

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – AFSSAPS, France

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux – ANAP, France

Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ, États-Unis

Alberta Clinical Practice Guidelines – ACPG, Canada

American Academy of Pain Medicine – AAPM, États-Unis

American Chronic Pain Association – ACPA, États-Unis

American College of Physicians – ACP, États-Unis

American Society of Interventional Pain Physicians – ASIPP, États-Unis

Australian government Department of Health, Australie

Bibliothèque médicale Lemanissier – BML, France

British Pain Society – BPS, Royaume-Uni

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH, Canada

Canadian Pain Society – CPS, Canada

Canadian Medical Association Infobase – CMAI, Canada

Centre fédéral d'expertise des soins de santé – KCE, Belgique

Centre national de ressources de lutte contre la douleur – CNRD, France

Collège de la médecine générale – CMG, France

Collège national des généralistes enseignants – CNGE, France

Conseil supérieur de la santé, Belgique

Department of Health and Human Services – HHS, États-Unis

Direction générale de l'Offre de soins – DGOS, France

École des hautes études en santé publique – EHESP, France

European observatory on health systems and policies / WHO, Belgique

European Pain Federation – EPF, Belgique

European Pathway Association – EPA, Belgique

Fédération française de neurologie – FFN, France

Fédération française de psychiatrie – FFP, France

Fédération hospitalière de France – FHF, France

Guideline International Network – GIN, Royaume-Uni

Guidelines and Protocols Advisory Committee – GPAC, Canada

Haute Autorité de santé – HAS, France

Healthcare improvement Scotland, Écosse

Health Technology Assessment, International – HTAi, Canada

International Association for the Study of Pain – IASP, États-Unis

International Network of Agencies for Health Technology Assessment – INAHTA, Canada

Institut national d'excellence en santé et services sociaux – INESSS, Québec

Institute for Clinical Improvement System – ICSI, États-Unis

Kaiser Permanente Care Management Institute – KPCMI, États-Unis

Medical Services Advisory Committee – MSAC, Australie

National Guidelines Clearinghouse – NGC, États-Unis

National Health and Medical Research Council – NHRMC, Australie

National Institute for Health and Care Excellence – NICE, Royaume-Uni

National Institute for Health Research – Health Technology Assessment programme – NIHR-HTA, Royaume-Uni

New Zealand Guidelines Group – NZGG, Nouvelle-Zélande

New Zealand Health technology assessment – NZHTA, Nouvelle-Zélande

Portail des agences régionales de santé – ARS, France

Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN, Écosse

Singapore Ministry of Health, Singapour

Société de formation thérapeutique du généraliste – SFTG, France

Société française d'anesthésie et de réanimation – SFAR, France

Société française d'étude et de traitement de la douleur – SFETD, France

Société française de gériatrie et gérontologie – SFGG, France

Société française de médecine du travail – SFMT, France

Société française de médecine générale – SFMG, France

Société française de médecine physique et de réadaptation – SOFMER, France

Société française de pédiatrie – SFP, France

Société française de rhumatologie – SFR, France

Société française d'étude des migraines et des céphalées – SFEMC, France

Society of Behavioral Medicine – SBM, États-Unis

US Department of Veterans affairs, États-Unis

Références bibliographiques

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Paris: ANAES; 1999.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire

2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Paris: ANAES; 2000.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_272123/fr/evaluation-et-prise-en-charge-therapeutique-de-la-douleur-chez-les-personnes-agees-ayant-des-troubles-de-la-communication-verbale

3. Haute Autorité de santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf

4. Haute Autorité de santé. Douleur chronique : les aspects organisationnels Le point de vue des structures spécialisées. Synthèse. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf

5. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain 2020;161(9):1976-82.

<http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

6. Merskey H. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain 1979;6(3):249-52.

7. International association for the study of pain. Revised Definitions of Pain Translations (2020). IASP revises its definition of pain for the first time since 1979. Washington: IASP; 2020.

https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheet_R2.pdf

8. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies CIM 11 onzième révision. La norme internationale pour l'évaluation de l'état de santé. Genève: OMS; 2022. <https://icd.who.int/fr>

9. International Association for the Study of Pain, Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain Seattle: IASP; 1994.

<https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>

10. Direction générale de l'offre de soins. Instruction DGOS/PF2 no 2011-188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique Bulletin Officiel 2011;2011/6 (15 juillet).

11. Direction générale de l'offre de soins. Instruction no DGOS/PF2/2018/240 du 29 octobre 2018 relative à l'actualisation de l'annuaire national des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique et au recueil de leurs données de file active et d'activité 2018. Bulletin Officiel 2018;2018/11 (15 décembre).

12. Direction générale de l'offre de soins. Instruction N° DGOS/MQP/2022/191 du 21 juillet 2022 relative à l'organisation de l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2023, et à leur activité 2022. Bulletin Officiel 2022;2022 (31 août).

13. Sanders SH, Harden RN, Vicente PJ. Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. *Pain Pract* 2005;5(4):303-15.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1533-2500.2005.00033.x>

14. Direction générale de la santé, Sous-direction du système de santé et de la qualité des soins, Bureau des pathologies de l'organisation des soins et des urgences, Direction des hôpitaux, Sous-direction de l'évaluation et de l'organisation hospitalière. Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. [En ligne] 1998. https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/circulaire_dgs_1998_structures_douleur.pdf

15. Haute Autorité de santé. Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? Guide de parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf

16. Haute Autorité de santé. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/arqu_fin_vie_med.pdf

17. Ministère des solidarités et de la santé. Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile. Bulletin Officiel 2020;7bis.

18. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies onzième révision. CIM 10 .La norme internationale pour l'évaluation de l'état de santé. Genève: OMS; 2008.

<https://icd.who.int/browse10/2008/fr>

19. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, *et al.* Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 2019;160(1):19-27.

<http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>

20. International Headache Society, Olesen J, Steiner TJ, Bendtsen L, Dodick D, Ducros A, *et al.* International classification of headache disorders (ICHD - 3). London: IHS; 2018.

<https://ihs-headache.org/en/resources/guidelines/>

21. International Headache Society (IHS). International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). *Cephalalgia* 2020;40(2):129-221.

<http://dx.doi.org/10.1177/0333102419893823>

22. Service public fédéral Santé publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Berquin A, Faymonville ME, Deseure K, Van Liefferinge AS, Celentano J, *et al.* Prise en charge de la douleur chronique en Belgique : passé, présent et futur. 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. Bruxelles: SPF; 2011.

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/douleurrapportetude.pdf

23. Mick G, Gandon T, Poutout G. La douleur chronique, modèle de situation complexe. *Douleur Analg* 2018;31(3):149-54.

<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.3166/dea-2018-0016>

24. Haute Autorité de santé. Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1764278/fr/comment-organiser-les-fonctions-d-appui-aux-professionnels-de-soins-primaires

25. Haute Autorité de santé. Modèle de plan personnalisé de coordination en santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante

26. Gillet D, Heritier S, Garcia-Porra C, Varigas M, Bochet E, Ramponneau JP, *et al.* La concertation pluriprofessionnelle au service du parcours de santé du patient douloureux chronique. *Douleur Analg* 2016;29(3):158-62.

<http://dx.doi.org/10.1007/s11724-016-0471-2>

27. Haute Autorité de santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf

28. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD). Infirmier ressource douleur. Référentiel d'activités et de compétences. Paris: SFETD; 2020.

<https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2020/10/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-activit%C3%A9s-et-comp%C3%A9tences-juillet-2020-250920.pdf>

29. Mick G, Genthon A, Saby M. La coordination entre acteurs, un défi de la douleur chronique. *Douleur Analg* 2018;31(3):155-60.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.doa.2018.0017>

30. Organisation Mondiale de la santé. Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé. Genève: OMS; 2001.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf;jsessionid=A6D49C06A3CF92F98ACFA63E46C88987?sequence=1

31. Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public health reports* 2004;119(3):239-43.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phr.2004.04.002>

32. European observatory on Health Systems and Policies, Nolte E, Knai C, Saltman RB. Assessing chronic disease management in European health systems Concepts and approaches. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458642/pdf/Bookshelf_NBK458642.pdf

33. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ* 1998;316(7125):133-7.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.316.7125.133>

34. Krumholz HM, Currie PM, Riegel B, Phillips CO, Peterson ED, Smith R, *et al.* A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. *Circulation* 2006;114(13):1432-45.

<http://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.106.177322>

35. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q* 1999;7(3):56-66.

36. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *Int J Integr Care* 2002;2:e12.

<http://dx.doi.org/10.5334/ijic.67>

37. Nies H, Berman PC. Integrating services for older people: a resource book for managers. Dublin: European Health Management Association; 2004.

38. Wong FK, Chung LC. Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process, and outcome. *J Adv Nurs* 2006;53(3):358-69.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03730.x>

39. International Association for the Study of Pain (IASP), International Pain Summit (IPS). Declaration of Montreal. Declaration that access to pain management is a fundamental human right. Washington: IASP; 2010.

<https://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal>

40. International association for the study of pain. Desirable characteristics of national pain strategies: Recommendations by the international association for the study of pain. Washington: IASP; 2011.

<https://www.iasp-pain.org/Advocacy/Content.aspx?ItemNumber=1473>

41. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), Aubrun F, Conradi S, Le Chevalier A, Piano V. Structures douleur chronique en France (SDC). Guide de bonnes pratiques. Paris: MED-LINE Editions; 2019.

<https://www.med-line.fr/catalogue/structures-douleur-chronique-en-france-sdc/>

42. Lynch ME, Campbell F, Clark AJ, Dunbar MJ, Goldstein D, Peng P, *et al.* A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain* 2008;136(1-2):97-116.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.018>
43. International association for the study of pain. Task force on wait-times. Summary and recommendations. Washington: IASP; 2010.
https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP_Wait_Times.pdf
44. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse). Montréal: AETMIS; 2006.
45. National Veterans Administration pain outcomes working group. VHA pain outcomes toolkit. Washington: Department of Veterans Affairs; 2003.
<https://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/PainOutcomesToolkit.pdf>
46. Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal (RUISSS de l'UdeM). RUISS de l'UdeM. 2022.
<https://ruiss.umontreal.ca/>
47. Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC). ECHO® CHUM douleur chronique [En ligne] 2022.
<https://ruiss.umontreal.ca/cegcd/echo-douleur-chronique/>
48. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Algorithme de prise en charge de la douleur lombaire Montreal: Gouvernement du Québec; 2014.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-947-01W.pdf>
49. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Algorithme de prise en charge de la fibromyalgie Montreal: Gouvernement du Québec; 2021.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-947-03W.pdf>
50. Ministère de la santé et des services sociaux. Algorithme de prise en charge de la douleur neuropathique. Québec: MSSS; 2015.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-947-04W.pdf>
51. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Algorithme de prise en charge interdisciplinaire du syndrome de douleur régionale complexe (SDRC). Montreal: Gouvernement du Québec; 2014.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-947-03W.pdf>
52. Veterans Health Administration. Stepped Care Model for Pain Management (SCM-PM) - VHA pain management for providers [En ligne] 2022.
<https://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/Providers/index.asp>
53. Veterans Health Administration. Pain management - Ressources [En ligne] 2022.
<https://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/Resources.asp>
54. Australian Government Department of Health, Pain Australia. National strategic action plan for pain management. Canberra: DH; 2019.
<https://www.painaustralia.org.au/static/uploads/files/national-action-plan-11-06-2019-wfflaefbxbdy.pdf>
55. New South Wales Health. Chronic pain management. Information for medical practitioners [En ligne] 2022.
<https://www.health.nsw.gov.au/about/nswhealth/pages/structure.aspx>
56. Australian Pain Society, Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists, Pain Management Research Institute (PMRI). National Pain Strategy. DRAFT Review -Pain Management for all Australians : PA; 2014.
57. Vanhaute O, Henne C, Crombez G, Callebaut V, Broeckmans S, Van overschelde L, *et al.* Prise en charge de la douleur chronique en Belgique : organisation et financement. *Douleurs Evaluation Diagnostic Traitement* 2016;17:6-12.
58. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic pain. A national clinical guideline. Edinburgh : SIGN; 2013.
<https://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>
59. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic pain. A national clinical guideline. Edinburgh : SIGN; 2019.

https://www.sign.ac.uk/assets/sign136_2019.pdf

60. Colvin LA, Stein A, Smith BH. Managing chronic pain: a clinical challenge: new SIGN guidelines provide a practical evidence-based approach and identify research gaps. *Br J Anaesth* 2014;112(1):9-12.

<http://dx.doi.org/10.1093/bja/aet470>

61. Smith BH, Hardman JD, Stein A, Colvin L. Managing chronic pain in the non-specialist setting: a new SIGN guideline. *Br J Gen Pract* 2014;64(624):e462-4.

<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp14X680737>

62. U.S. Department of Health and Human Services, Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force. Pain management best practices inter-agency task force. Report: updates, gaps, inconsistencies, and recommendations. Washington: USDHHS; 2019.

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/pmtf-final-report-2019-05-23.pdf>

63. Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists. Core standards for pain management services in the UK. London: CSPMS UK; 2015.

<https://fpm.ac.uk/standards-publications-workforce/core-standards>

64. The British Pain Society, Healthcare Quality Partnership. The national pain audit. Third report. Focus on safety and outcomes. London: BPS; 2013.

https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/members_articles_npa_2013_safety_outcomes.pdf

65. British Pain Society. Guidelines for pain management programmes for adults. An evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society. London: BPS; 2019.

https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/Guidelines_for_PMP_01082019_xc33xiN.pdf

66. National Institute for Healthcare Excellence. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain London: NICE; 2021.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and->

<management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421>

67. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé *Journal Officiel* 2002;5 mars. <http://dx.doi.org/https://www.legifrance.gouv.fr/oda/id/JORFTEXT000000227015/>

68. Bouhassira D, Lanteri-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.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.08.013>

69. Société française d'étude et de traitement de la douleur. Livre blanc de la douleur 2017. Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. Paris: SFETD; 2017.

https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Livres/livre_blanc-2017-10-24.pdf

70. Attal N, Lanteri-Minet M, Laurent B, Fermanian J, Bouhassira D. The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. *Pain* 2011;152(12):2836-43.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2011.09.014>

71. Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. 6^{me} Congrès de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFED) Nantes 17 novembre : SFED; 2006.

72. Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, *et al.* Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. *Douleurs Evaluation - Diagnostic - Traitement* 2013;14(2):57-66.

<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.douleur.2012.12.014>

73. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée [En ligne] 2006.

<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=10571>

74. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 Journal Officiel 2019;21 août(248).

75. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie Journal Officiel 2018;16 mars(63).

76. LOI n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France Journal Officiel 2022;3 mars(52).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287568>

77. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé. Bulletin Officiel 2002.

78. Direction Générale de l'offre de soins. Instruction N° DGOS/MQP/2022/191 du 21 juillet 2022 relative à l'organisation de l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2023, et à leur activité 2022. Bulletin Officiel 2022;18(31 août).

79. Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019. Journal Officiel 2019;24 août(196).

80. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine. Journal Officiel 2010;21 octobre(245).

81. LOI n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. Journal Officiel 1985;26 juillet(172).

82. Direction Générale de l'offre de soins. Facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement de santé. Guide DGOS. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_facturation_tlm_en_etablissement_de_sante.pdf

83. Serrie A. Prise en charge de la douleur chronique par la télémedecine : état des lieux et recommandations. Douleurs Evaluation - Diagnostic - Traitement 2014;15(5):232-8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.douleur.2014.08.001>

84. Syntec numérique, Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM). Télémedecine 2020. Modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques. Livre blanc 2013. Paris: SN; 2013.
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/syntec-numerique-et-snitem-telemedecine-2020-modeles-economiques-pour-le-tele-suivi-des-maladies-chroniques-livre-blanc-2013/?pdf=612285>

85. Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. The Cochrane database of systematic reviews 2000;(2):CD002098.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.Cd002098>

86. McGeary DD, McGeary CA, Gatchel RJ. A comprehensive review of telehealth for pain management: where we are and the way ahead. Pain Pract 2012;12(7):570-7.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1533-2500.2012.00534.x>

87. Naylor MR, Naud S, Keefe FJ, Helzer JE. Therapeutic Interactive Voice Response (TIVR) to reduce analgesic medication use for chronic pain management. J Pain 2010;11(12):1410-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2010.03.019>

88. Kroenke K, Theobald D, Wu J, Norton K, Morrison G, Carpenter J, et al. Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer: a randomized trial. JAMA 2010;304(2):163-71.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.944>

89. Terry K. The promise of telemedicine: providing curbside consults for chronic care, acute care, and pain. J Fam Pract 2011;60(9 Suppl):S58-62.

90. Scott JD, Unruh KT, Catlin MC, Merrill JO, Tauben DJ, Rosenblatt R, et al. Project ECHO: a model for complex, chronic care in the Pacific

Northwest region of the United States. J Telemed Telecare 2012;18(8):481-4.
<http://dx.doi.org/10.1258/jtt.2012.GTH113>

91. Furlan AD, Zhao J, Voth J, Hassan S, Dubin R, Stinson JN, *et al.* Evaluation of an innovative tele-education intervention in chronic pain management for primary care clinicians practicing in underserved areas. J Telemed Telecare 2019;25(8):484-92.
<http://dx.doi.org/10.1177/1357633X18782090>

92. Liddy C, Smyth C, Poulin PA, Joschko J, Sheppard M, Keely E. Supporting better access to chronic pain specialists: The Champlain BASE™ eConsult Service. J Am Board Fam Med 2017;30(6):766-74.
<http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2017.06.170170>

93. Ministère des affaires sociales et de la solidarités. La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement Bulletin Officiel 1991;1 janvier.

94. Direction générale de la santé. Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques. [En ligne] 1994.
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdh-n-94-3-du-7-janvier-1994-relative-a-l-organisation-des-soins-et-la-prise-en-charge-des-douleurs-chroniques/?pdf=609508>

95. Direction générale de la santé. Circulaire DGS/DH/AFS n° 98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés [En ligne] 1998.
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdhafs-n-98-213-du-24-mars-1998-relative-a-l-organisation-des-soins-en-cancerologie-dans-les-etablissements-dhospitalisation-publics-et-privés/>

96. Direction générale de l'offre de soins. Instruction no 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. Bulletin Officiel 2016;6(15 juillet).

97. Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux. Circulaire DGS/DH n°98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. 1998.

98. Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006.
<https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/>

99. Conférence nationale de la santé. Avis du 17.09.13 sur le projet de programme national douleur (2013-2017) adopté par la Commission permanente (post-réunion du 10.09.13). Paris : Ministère des solidarités et de la santé; 2013.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_prog_douleur_1709_env_av_260913_rel_jol.pdf

100. Académie nationale de Médecine, Queneau P, Serrie A, Trèves R, Bontoux D. Les douleurs chronique en France. recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades. Bull Acad Natle Méd 2018;202(7).

101. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris; 2017.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

102. Haute Autorité de santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Synthèse. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf

Abréviations et acronymes

ALD	Affection de longue durée
APA	Activité physique adaptée
ARS	Agence régionale de santé
BMP	Bilan partagé de médication
CARSAT	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail
CETD	Centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique
CdS	Centre de soins
CIM-11	Classification internationale des maladies (11 ^e version)
CLUD	Comités de lutte contre la douleur
CMG	Collège de médecine générale
CNRD	Centre national de ressources de lutte contre la douleur
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSP	Code de la santé publique
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DESS	Diplôme d'études supérieures spécialisées
DMP	Dossier médical partagé
DP	Dossier pharmaceutique
Ehpad	Établissement pour personnes âgées dépendantes
DGOS	Direction générale de l'Offre de soins
EMDR	<i>Eye-Movement Desensitization and Reprocessing</i>
EN	Échelle numérique
ETP	Équivalent temps plein
ESP	Équipe de soins primaires
EVA	Échelle visuelle analogique
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
GRADEs	Groupement régional d'appui au développement de la e-santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
IDR	Infirmier ressource douleur
IHS	<i>International Headache Society</i>

IPA	Infirmier en pratique avancée
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSSanté	Messagerie sécurisée santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PPCS	Projet personnalisé de coordination en santé
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RDV	Rendez-vous
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RSP	Réunion de synthèse
SAU	Service d'accueil d'urgence
SFAR	Société française d'anesthésie et de réanimation
SMART	<i>Specific, Mesurable, Achievable, Time based</i>
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SDC	Structures douleur chronique (consultations et centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique)
SFETD	Société française d'évaluation et de traitement de la douleur
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

