

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins (SD PF)

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

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

NOR : ETSH1113893J

Validée par le CNP le 6 mai 2011 – Visa CNP 2011-112.

Date d'application : immédiate.

Publication : *Bulletin officiel* ; site : circulaires.gouv.fr.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente instruction a pour objet de présenter les principes d'identification des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique et leur nouveau cahier des charges.

Mots clés : douleur chronique – structure spécialisée – critère – identification – cahier des charges.

Références :

Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-5, L. 1112-4 et D. 6114-1 à R. 6114-13 ;

Code de la sécurité sociale, notamment ses articles D. 162-6 à D. 162-8 ;

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Arrêté du 23 mars 2007 pris pour application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle ;

Instruction DGOS/PF2 n° 2010-230 du 14 mai 2010 relative au guide d'aide à la l'analyse de l'enquête pour l'année 2009 sur les structures de pris en charge de la douleur chronique ;

Note d'information DGOS/PF2 du 8 février 2011 à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé, relative aux résultats individuels et nationaux de l'enquête concernant l'année 2009 (données collectées en 2010) sur les structures de prise en charge de la douleur chronique ;

Guide méthodologique d'aide à la contractualisation des MIGAC ;

Plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur n° 2006-2010 (www.sante.gouv.fr) ;

Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le malade ;

Recommandations professionnelles. HAS, décembre 2008 ;

Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. État des lieux, HAS, avril 2009 ;

Texte abrogé : circulaire DGS/DH n° 98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.

Annexes :

- Annexe I. – Définition de la douleur chronique.
- Annexe II. – Principes de prise en charge de la douleur chronique.
- Annexe III. – Critères d'identification des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC).
- Annexe IV. – Grades et missions des SDC.
- Annexe V. – Expertises spécifiques des SDC à recenser.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution).

PRÉAMBULE

L'accès à des structures de qualité pour la prise en charge de la douleur chronique constitue une priorité. Trois plans nationaux de lutte contre la douleur ou d'amélioration de la prise en charge de la douleur se sont succédé et ont favorisé l'intégration et le développement des structures spécialisées dans le système de soins français. D'après l'enquête réalisée par la DGOS en 2010, il existait plus de 250 structures spécialisées en 2009 (contre 200 en 2006 et 96 en 2001).

La mesure 21 du troisième plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 prévoyait l'actualisation du cahier des charges utilisé pour leur identification par les ARH et défini par la circulaire du 4 février 1998. Parmi les points d'amélioration figuraient le délai d'accès aux structures, le fléchage nécessaire de filières spécifiques, l'amélioration du pilotage des structures et la nécessité de mieux faire connaître l'existence des structures auprès des usagers et des professionnels de santé, notamment de premier recours, afin d'accélérer les prises en charge avant toute chronicisation des symptômes douloureux.

Les principes du nouveau cahier des charges

La présente actualisation s'est effectuée sur la base des derniers travaux de la HAS (2008-2009) et des résultats de l'enquête nationale 2009, engagée en mai 2010 et dont les résultats vous ont été récemment diffusés. Elle est le fruit d'un travail concerté entre les représentants d'usagers et d'ARS, la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) et la DGOS.

En rappel les caractéristiques de la douleur chronique et de sa prise en charge sont présentées en annexes I et II.

Les treize critères d'identification par les ARS des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC), toutes obligatoirement rattachées à un établissement de santé public ou privé, vous sont présentés en annexe III.

Les trois principes suivants ont été appliqués :

1. L'amélioration du maillage territorial en SDC aux missions simplifiées (les consultations) regroupant médecin, IDE, psychologue et assurant une prise en charge pluriprofessionnelles en lien avec l'offre de premier recours.

2. Un second niveau de SDC (les centres) assurant une prise en charge médicale pluridisciplinaire, dotés d'un accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. Ce second niveau renvoie aux précédents unités et centres pluridisciplinaires.

3. La mise en place régionale d'une identification des filières de prise en charge assise sur le fléchage d'expertises spécifiques proposées par certaines des SDC et concernant des aspects liés aux techniques ou aux pathologies.

L'annexe IV définit les deux grades de SDC identifiables par vos ARS, les consultations et les centres, et présente leurs missions respectives.

Polyvalence et expertises spécifiques. Identification de filières

Toutes les SDC doivent d'abord être polyvalentes (c'est-à-dire être capables de traiter l'ensemble des patients selon une large palette de techniques), à l'exception de celles hébergées dans des établissements de santé déjà spécialisés (cancérologie, rhumatologie, pédiatrie, gériatrie).

Elles peuvent de plus posséder des expertises spécifiques (technicités disponibles, catégories de pathologies douloureuses) ou une orientation populationnelle particulière (pédiatrie) et être alors recensées en tant que telles, afin de participer à la définition de filières de prises en charge. L'annexe V liste les principales expertises spécifiques possibles, à recenser au niveau régional (ou interrégional pour les plus rares) à partir d'éléments comme les files actives, les publications scientifiques.

Coordination régionale des structures

Une coordination régionale est mise en place par l'ARS. Elle s'appuie sur les organisations déjà existantes (notamment les SDC de type centre et les réseaux). Elle inclut la réalisation d'un annuaire

régional des structures (consultations et centres), l'organisation du maillage territorial, l'identification des spécificités et la définition des filières, la mise à disposition de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les SDC de type consultation et la diffusion de protocoles et procédures standardisés.

En ressource l'ARS pourra s'appuyer sur l'expertise des professionnels de la SFETD exerçant en région, et sur les fédérations d'établissements de santé (notamment en cancérologie).

Évaluation des structures

Les critères d'évaluation vous ont été rappelés dans l'instruction DGOS/PF2 n° 2010-230 du 14 mai 2010 relative au guide d'aide à l'analyse de l'enquête pour l'année 2009 sur les structures de prise en charge de la douleur chronique.

Indications sur le dispositif cible

L'enquête réalisée en 2010 par la DGOS montre que sur les 180 structures répondantes et identifiées par leur ARS, 51 % étaient des consultations et 49 % des centres ou des unités. Pour répondre à l'objectif du présent cahier des charges en matière de gradation et de maillage de proximité, le dispositif cible pourra comporter deux tiers de SDC de type consultation pour un tiers de SDC de type centre, en partie grâce à la mise en place de nouvelles consultations pluriprofessionnelles de proximité. Outre le redéploiement de postes entre consultations et centres, ce dispositif cible s'appuiera sur les financements supplémentaires MIG attribués au titre du troisième plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur pour le renforcement des structures en personnel y compris en pédiatrie (mesures 4 et 22 : 9,5 M€ de mesures nouvelles reconductibles engagées de 2006 à 2011, pour un financement national constaté de 51,7 M€ en 2006).

Le modèle de calcul de la dotation budgétaire individuelle, décrit dans le guide méthodologique pour la contractualisation sur les MIGAC, reste indexé sur le nombre de consultations externes réalisé par la structure.

Nous vous remercions de bien vouloir veiller à l'application de ce cahier des charges pour conduire une identification des deux types de SDC : les consultations et les centres. Veuillez nous faire parvenir pour le vendredi 18 novembre 2011 les coordonnées des SDC que vous aurez identifiées ou re-identifiées (adresse, responsable, numéro FINESS, spécificités) et pour lesquelles un avenant au CPOM avec l'établissement siège aura été signé. À partir de ces renseignements une cartographie nationale des SDC sera effectuée par la DGOS et mise à votre disposition.

Nous vous remercions de nous tenir informés de toute difficulté rencontrée pour l'application de la présente instruction.

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
A. PODEUR

ANNEXE I

DÉFINITION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

La douleur chronique est 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 trois mois ;
- réponse insuffisante au traitement ;
- retentissement émotionnel ;
- détérioration significative et progressive, du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses 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 à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager ;
- d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

Source : définition partagée par le groupe de travail DGOS/SFETD, d'après la recommandation de la Haute Autorité de santé : « Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient ». Recommandations professionnelles, HAS, Saint-Denis - La Plaine, 2008.

ANNEXE II

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

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 structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (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 bio-psycho-sociale 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 pluri-professionnelle (1) (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 du syndrome douloureux 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.

Source : définition partagée par le groupe de travail DGOS/SFETD.

(1) L'intervention des professionnels de santé peut s'effectuer de façon concomitante (les professionnels sont présents ensemble lors de la consultation) ou séparément.

ANNEXE III

CRITÈRES D'IDENTIFICATION PAR LES ARS DES STRUCTURES D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE (SDC) DONT LES MISSIONS SONT DÉCRITES EN ANNEXE IV

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 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 des professionnels correspondants libéraux ; la collaboration avec les associations de patients ; la coopération et le partage de compétences avec tous les professionnels de santé de proximité ou institutions, notamment HAD, SSIAD, EHPAD et secteur médico-social.

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...).

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 (*a minima* médecin + IDE + 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 télémédecine.

ANNEXE IV

MISSIONS ET GRADATION DES STRUCTURES D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE (SDC)

1. 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 (annexe III). 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 bio-psycho-sociale du syndrome douloureux 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, 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.
Informers 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.

2. 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 (1) 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 ;
- 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 épidémiologique.

(1) Incluant les explorations fonctionnelles neurophysiologiques, la radiologie interventionnelle, un bloc opératoire et permettant d'effectuer certains gestes à visée antalgique.

ANNEXE V

RÉPERTOIRE DES EXPERTISES SPÉCIFIQUES POSSIBLES

1. 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 lombo-radiculalgies, névralgies cervico-brachiales).
Douleurs du blessé médullaire.
Fibromyalgie.
Douleurs musculo-squelettiques (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.

2. Les techniques

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 loco-régionale :

- blocs anesthésiques régionaux ;
- autres gestes d'anesthésie locorégionale.

Injection de toxine botulinique.

Chirurgie de la douleur :

- thermo-coagulation du ganglion de Gasser ;
- compression du ganglion de Gasser par ballonnet ;
- radiochirurgie trigéminal ;
- stimulation médullaire ;
- stimulation corticale ;
- stimulation cérébrale profonde ;
- dreztomie.

Stimulation du système nerveux non chirurgicale :

- neurostimulation transcutanée ;
- stimulation magnétique transcranienne.

Thérapeutiques non pharmacologiques :

- thérapies à médiation corporelle (hypnoalgésie, 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.