



---

**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

---

**GUIDE**

# Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique

---

Validé par le Collège le 11 janvier 2023

---

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	<b>Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique</b>
Méthode de travail	Guide méthodologique – Élaboration du guide et des outils parcours de santé pour une maladie chronique. HAS 2012.
Objectif(s)	<p>Définir un parcours de santé qui permet un accès à des soins et à un accompagnement adapté, individualisé 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.</p> <p>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.</p> <p>Permettre aux usagers un accès à une prise en charge de la douleur chronique et faciliter leur implication dans celle-ci.</p>
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	<p>Chef de projet : Albert Scemama, service des bonnes pratiques professionnelles, unité parcours, pertinence et protocole de la HAS.</p> <p>Chargés de projet : Gérard Mick pour la SFETD et Vladimir Druel pour le CMG</p> <p>Responsable de l'unité parcours, pertinence et protocole : Valérie Ertel-Pau</p> <p>Chef du service des bonnes pratiques : Pierre Gabach</p> <p>Assistante du projet : Isabelle Le Puil</p>
Recherche documentaire	<p>Documentaliste : Marina Rennesson</p> <p>Documentaliste assistante : Maud Lefevre</p> <p>Chef du service documentation – veille : Frédérique Pagès</p>
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 <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . 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 ; Autoquestionnaire 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

---

<b>Définitions</b>	<b>6</b>
<b>Préambule</b>	<b>7</b>
<b>Introduction</b>	<b>9</b>
1. La situation aujourd’hui en France	9
2. Des principes généraux pour un parcours de santé de qualité	10
2.1. Un droit pour les patients et un devoir pour les professionnels de santé	10
2.2. Le modèle biopsychosocial	11
2.3. Des délais d’attente médicalement et éthiquement acceptables	11
2.4. Un parcours de santé hiérarchisé, pluriprofessionnel et pluridisciplinaire	11
2.5. Les points clés pour une mise en œuvre du parcours	12
<b>La prévention de la douleur chronique</b>	<b>14</b>
1. Les acteurs de la prévention	14
2. Les délais de prise en charge de la douleur	15
2.1. Les douleurs aiguës à traiter immédiatement	15
2.2. Les douleurs d’affections graves avec risque de détérioration ou de chronicisation	16
2.3. Les douleurs sévères non diagnostiquées ou progressives avec risque d’altération fonctionnelle croissante	16
2.4. Les douleurs persistantes à long terme sans progression significative	17
<b>Le parcours de santé</b>	<b>19</b>
1. Un parcours de santé ville/hôpital	19
1.1. Les principes du parcours	19
1.2. Des référents pour les parcours complexes	20
1.2.1. Un référent parcours douleur en ville	20
1.2.2. Un référent parcours douleur en SDC	20
1.2.3. Un référent parcours du DAC	21
1.3. Schéma du parcours de santé de la personne douloureuse chronique sur trois niveaux	22
2. Le premier niveau, les soins en ville	23
2.1. L’organisation du niveau 1	23
2.2. Les patients douloureux chroniques du niveau 1	23
2.3. L’évaluation d’un patient douloureux chronique en niveau 1	25
2.4. La prise en charge d’un patient douloureux chronique en niveau 1	26
2.5. Les professionnels de niveau 1 et leurs missions	27
3. Le deuxième niveau : les consultations d’évaluation et de traitement de la douleur chronique	32
3.1. Les structures douleur chronique, un maillage territorial	32
3.2. Les patients en SDC de niveau 2	34
3.3. Le parcours clinique des patients en SDC de niveau 2	35

3.3.1. Les modalités d'adressage en SDC de niveau 2	35
3.3.2. Les différents parcours cliniques au sein de la SDC de niveau 2	35
3.3.3. La coordination clinique entre la SDC et la ville	37
3.4. Les missions des SDC de niveau 2	37
3.4.1. Des missions organisationnelles règlementaires	38
3.4.2. Des missions soignantes règlementaires	38
3.4.3. Les missions complémentaires proposées dans le cadre du parcours	39
3.5. Les moyens humains et matériels des SDC de niveau 2	39
3.6. Les professionnels des SDC et leurs missions	40
<b>4. Le deuxième niveau : les services hospitaliers de spécialité</b>	<b>46</b>
4.1. Les patients douloureux chroniques des services de spécialité	46
4.2. Le parcours clinique dans les services hospitaliers de spécialité de niveau 2	46
<b>4.2.1. Les modalités d'adressage en services de spécialité</b>	<b>46</b>
<b>4.2.2. Les parcours cliniques dans les services hospitaliers de spécialité</b>	<b>46</b>
<b>5. Le troisième niveau : les centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique</b>	<b>49</b>
5.1. Les patients des centres de niveau 3	49
5.2. Le parcours clinique du patient en centre de niveau 3	49
5.3. Les missions des centres	50
<b>5.3.1. Les missions règlementaires générales additionnelles</b>	<b>50</b>
<b>5.3.2. Les missions règlementaires soignantes additionnelles</b>	<b>50</b>
<b>5.3.3. Les missions complémentaires proposées dans le cadre du parcours</b>	<b>50</b>
5.4. Les moyens humains et matériels des SDC de niveau 3	51
<b>Les services de l'interface ville/SDC</b>	<b>54</b>
<b>1. Faciliter l'accès à une consultation spécialisée en présentiel</b>	<b>54</b>
1.1. Le dispositif « coupe-file »	54
1.2. Les consultations avancées	54
<b>2. La télésanté et <i>hotline médicale spécialisée</i></b>	<b>55</b>
2.1. Une hotline dédiée aux médecins de ville	55
2.2. La téléconsultation	55
2.3. La télé-expertise	56
2.4. La télésurveillance médicale	56
2.5. La téléassistance médicale	56
2.6. Le télésoin	57
<b>3. Des outils de partage de l'information</b>	<b>57</b>
3.1. Le dossier médical partagé et Mon espace santé	57
3.2. Le dossier pharmaceutique (DP)	57
3.3. La messagerie sécurisée santé	57
3.4. L'annuaire national des SDC	58

4. Des services de partage des savoirs	58
4.1. Le e-learning	58
4.2. Le télémotorat	59
4.3. Un portail web dédié à la douleur chronique	59
<b>Table des annexes, tableaux et figures</b>	<b>60</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>80</b>
<b>Participants</b>	<b>81</b>
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>82</b>

# Définitions

NB. Pour ces définitions, se référer à l'argumentaire – Parcours de santé d'une personne douloureuse chronique (pages 11-15).

**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 » (Raja *et al.*, 2020 (1)).

**La douleur aiguë** est une douleur récente, en général de moins de 6 semaines chez l'adulte. Elle a une fonction physiologique de signal d'alarme permettant à l'être humain de réagir face à une agression corporelle. Les objectifs de son traitement sont symptomatiques et curatifs (soulager la douleur et traiter l'affection causale).

**La douleur subaiguë** ou persistante est une douleur présente depuis quelques semaines, en général plus de 6 semaines et moins de 3 mois chez l'adulte. Le risque principal est son passage à la chronicité. Les objectifs de sa prise en charge sont de soulager la douleur et de traiter l'affection causale, mais aussi d'évaluer et de gérer les facteurs de risque de chronicisation.

**La douleur chronique** est définie par l'IASP comme « une douleur qui persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois ». L'objectif de sa prise en charge est rarement la résolution de la douleur, mais avant tout de réduire le handicap corollaire de la douleur et d'améliorer la qualité de vie du patient.

NB. Le caractère approprié de ces délais doit être nuancé pour certaines populations, en particulier les enfants et les adolescents, les personnes âgées fragiles et les personnes dyscommunicantes. Ces délais sont des repères qui ne doivent pas faire retarder l'évaluation et la prise en charge adaptées d'une douleur.

**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 d'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, les nouvelles organisations d'exercice coordonné des soins et ce parcours.

**La douleur réfractaire** est une douleur « rebelle » à tous les traitements mis en œuvre. En phase palliative avancée, elle peut justifier d'une sédation, dont la sédation profonde et continue jusqu'au décès après collégialité.

**La douleur chronique primaire** (CIM-11) 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 ».

**Les syndromes douloureux chroniques secondaires** (CIM-11) sont liés à des maladies sous-jacentes pour lesquelles la douleur peut initialement être considérée comme l'un des symptômes.

**La douleur neuropathique** (CIM-11) est définie comme une douleur causée par une lésion ou une maladie du système somato-sensoriel.

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 ».

# Préambule

Ce guide repose sur les données de l'argumentaire – Parcours de santé d'une personne douloureuse chronique.

Il fait suite à d'autres travaux de la HAS (cf. argumentaire, pages 131-136) :

- en 1999, recommandations – Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire (2) ;
- en 2000, recommandations – L'évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale (3) ;
- en 2008, Recommandations professionnelles, douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, évaluer et orienter le patient – Consensus formalisé (4).

Le guide propose une organisation capable de répondre aux besoins des plus de 12 millions de personnes présentant une douleur chronique ou une douleur persistante en voie de chronicisation, et ce selon une temporalité médicalement et éthiquement acceptable sur l'ensemble du territoire français.

Il s'appuie sur les conclusions du rapport d'évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 (5) du Haut Conseil de la santé publique (cf. argumentaire, page 12) et sur les exemples d'organisations efficientes à l'étranger (cf. argumentaire, pages 34-82). Il se base sur les grands principes issus de consensus internationaux pour une évaluation et une prise en charge de la douleur de qualité, en particulier le modèle biopsychosocial (cf. argumentaire, pages 19-30), et les délais d'attente recommandés par l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) (cf. argumentaire, pages 33-34).

En termes de moyens, le parcours de santé de la personne douloureuse chronique s'appuie : sur les acquis des trois plans nationaux de lutte contre la douleur en France (cf. argumentaire, pages 119-120 et 123-127), en particulier sur un maillage territorial de plus de 250 consultations et centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique (SDC) (cf. argumentaire, pages 112-118), sur les services de spécialité des établissements de santé, et sur les développements actuels des organisations d'exercice coordonné des soins en ville (cf. argumentaire, pages 97-102) et de la télésanté (cf. argumentaire, pages 108-110).

Il hiérarchise les soins selon trois niveaux, chaque niveau pouvant proposer des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le premier niveau, la ville, prend en charge le plus grand nombre de patients douloureux chroniques, ou risquant de le devenir, et/ou l'essentiel de leur parcours de santé, et le coordonne.

Il propose de faire coopérer les professionnels et les organisations, autant en ville qu'à l'hôpital, chacun dans leurs missions, selon leurs compétences et leurs responsabilités, telles que décrites dans les textes réglementaires (cf. argumentaire, pages 85-104), et au besoin leur propose des missions complémentaires.

Le champ du guide couvre toutes les formes de douleurs chroniques primaires ou secondaires (cf. argumentaire, pages 11-19). Pour les douleurs chroniques secondaires, les professionnels devront se référer de façon complémentaire aux recommandations et parcours de soins relatifs aux pathologies causales.

Ce parcours, pour être opérationnel, à l'image des algorithmes du programme national québécois (cf. argumentaire, page 39), devra être complété par des « **fiches parcours** », avec :

- des fiches parcours pour les **principales catégories de douleurs chroniques**, définies par la classification internationale des maladies (CIM-11) (cf. argumentaire pages 16-19), en

particulier les douleurs neuropathiques (MG30.5), les douleurs lombaires non spécifiques (MG30.02), la fibromyalgie (MG30.01), les céphalées chroniques primaires (MG30.03), le syndrome douloureux régional complexe (8D8A.0), etc.

- Ces fiches, conformément à la structure du parcours, devront préciser, au mieux, pour chacun des trois niveaux d'évaluation et de prise en charge : les profils des patients, les ressources professionnelles mobilisables, les évaluations réalisables et les traitements médicamenteux et non médicamenteux validés sur des données probantes pouvant être prescrits.
- Selon la pathologie ciblée, elles devront préciser l'existence de drapeaux rouges (diagnostics d'urgence), lister les drapeaux jaunes (facteurs de risque de chronicisation) et aborder les questions de prévention ;
- des fiches parcours selon des types de **populations** qui peuvent relever d'organisations spécifiques ou de la mobilisation de ressources particulières, comme pour : les enfants et adolescents, les personnes vivant en institution ou à mobilité réduite (personnes âgées fragiles, résidents des Ehpad, personnes en situation de handicap), les personnes dyscommunicantes (personnes atteintes de pathologies psychiatriques ou de pathologies démentielles, polyhandicapés, etc.), les personnes en situation de précarité, etc.

Le parcours des personnes atteintes d'une douleur chronique liée au cancer (MG30.1) relève de ces deux types de fiches, par catégorie de douleur (MG30.1) et par type de population (SDC spécifique oncologique dédiée).

Les douleurs chroniques liées à une endométriose relèvent d'une organisation propre prévue par [l'instruction n° DGOS/R4/2022/183 du 12 juillet 2022 relative à l'organisation, sur les territoires, de filières dédiées à la prise en charge de l'endométriose](#). Les SDC « référencées » par la filière endométriose ne sont qu'un des acteurs du niveau 3 de la filière endométriose. Pour ces raisons, le guide ne traite pas des douleurs chroniques liées à une endométriose.

# Introduction

## 1. La situation aujourd’hui en France

En France, la douleur est la première cause de consultation en médecine générale et dans les services d'accueil d'urgence.

L'étude STOPNEP (6) a évalué la prévalence des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère (pertinence clinique) chez les adultes de 18 ans et plus à 19,9 %, soit environ 12 millions de personnes en France. On ignore combien de ces personnes seraient susceptibles d'avoir besoin d'une consultation en SDC, mais on estime que 70 % de ces patients ne reçoivent pas un traitement approprié et que moins de 3 % bénéficient d'une prise en charge par une SDC (7).

La douleur chronique entraîne des incapacités et est source de handicaps. Elle a des retentissements psychosociaux, professionnels ou scolaires importants. Elle altère la qualité de vie des personnes et de leur entourage. Ses coûts directs et indirects humains, sociaux et financiers sont importants et vont bien au-delà des seuls coûts des soins de santé.

En France, de 1998 à 2010, trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédé. Plus de 250 SDC ont été créées. Les professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux ont été sensibilisés et leur formation améliorée pour la prise en charge de la douleur. Les patients et la population ont également été sensibilisés. Un contrat d'engagement contre la douleur doit être aujourd'hui remis à chaque patient hospitalisé, adulte ou enfant. Des comités de lutte contre la douleur (CLUD) et des InterCLUD diffusent les bonnes pratiques sur la prévention et la prise en charge de la douleur à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux. Un centre national de ressources de lutte contre la douleur (CNRD) a été créé. L'évaluation de la douleur est intégrée à la certification des établissements de santé portée par la Haute Autorité de santé (HAS).

Malgré cela, la prise en charge des personnes douloureuses chroniques ne répond pas à leurs besoins. La prévention reste insuffisante, les prises en charge sont trop tardives selon les critères internationaux (8), autant en ville qu'à l'hôpital. Les personnes présentant une douleur chronique sont orientées tardivement vers les structures spécialisées et accèdent aux SDC après plusieurs années d'évolution (en moyenne 5 ans) (7), ce qui rend les prises en charge plus complexes, plus longues et les possibilités d'amélioration plus limitées. Lorsqu'elles sont adressées en SDC, ces personnes subissent des délais d'attente pour une première consultation de 8 mois ou plus. Une fois l'évaluation réalisée en SDC et, selon les besoins, une prise en charge initiée, les relais avec les professionnels de ville ne sont pas structurés. Enfin, 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 pour la douleur.

En 2010, à la suite du 3e plan national de lutte contre la douleur, le [rapport d'évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010](#) du Haut Conseil de la santé publique (5) concluait que l'on devait « sortir d'une prise en charge hospitalo-centrée, pour une offre et une organisation de qualité à l'hôpital et en ville, avec une meilleure structuration de l'offre de soins, notamment en milieu de ville ». Il soulignait aussi « la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes dyscommunicantes : nouveau-nés et très jeunes enfants, malades en réanimation, malades atteints de pathologies psychiatriques, polyhandicapés et malades atteints de pathologies démentielles ». Dans son projet, le 4<sup>e</sup> plan national de lutte contre la douleur devait répondre à certains de ces objectifs, mais ce plan n'a jamais vu le jour.

Dans le texte législatif de la [stratégie nationale de santé 2018-2022](#), le terme douleur n'apparaît pas.

Aujourd’hui, les SDC, déployées selon un maillage territorial qui est une exception parmi les pays les mieux dotés en matière de moyens en santé, sont fragilisées. La douleur n'est pas une spécialité médicale, et les SDC ont des difficultés à recruter des professionnels diplômés. Le parcours de santé en ville de la personne présentant une douleur chronique et les services de l'interface ville/hôpital restent à construire, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle territoriale.

## 2. Des principes généraux pour un parcours de santé de qualité

Ces principes, issus de consensus internationaux et des expériences acquises en France et à l'étranger, ont servi de repère aux présents travaux (cf. argumentaire – Parcours de santé d'une personne douloureuse chronique).

### 2.1. Un droit pour les patients et un devoir pour les professionnels de santé

En 2010, la [déclaration de Montréal](#) (9), 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, lors d'un congrès de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP).

#### Déclaration de Montréal, 2010

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 d'avoir accès à une évaluation et à un traitement approprié de la douleur par des professionnels de santé dûment formés.

En France, l'accès à des soins pour soulager la souffrance et la douleur est un droit.

[La loi n° 2002-303 du 04.03.02 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé](#), 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. »

[L'article L. 1110-5 du CSP](#) dit que : « Toute personne a... 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... le meilleur apaisement possible de la souffrance... »

[La circulaire DHOS du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées](#) 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. »

En France, soulager la souffrance et la douleur est pour tous les soignants un devoir.

[L'article L. 4130-1 du CSP](#) (5 bis) donne pour mission au médecin généraliste de premier recours de : « Administrer 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. »

[Article R. 4127-37 du CSP](#) (art. 37 du [Code de déontologie médicale](#) – Soulagement des souffrances/Non-obstination déraisonnable) : « 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... »

[Article R. 4312-19 du CSP](#) ([Code de déontologie des infirmiers](#) – Souffrance et douleur) : « 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. »

**Article R. 4321-85 du CSP** (Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes) : « En toutes circonstances, le masseur-kinésithérapeute s'efforce de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. »

## 2.2. Le modèle biopsychosocial

Si un diagnostic étiologique, lésionnel ou physiopathologique précis doit toujours être recherché ou questionné afin d'améliorer le patient si possible par un traitement ciblé, le développement, l'entretien et l'aggravation d'une douleur chronique sont en lien avec de nombreux facteurs imbriqués, qui peuvent être classés en trois catégories :

- facteurs biologiques (biomédicaux) : patrimoine génétique, comorbidités, sensibilisation centrale, déconditionnement physique, etc. ;
- facteurs psychologiques : émotionnels et affectifs (anxiété, dépression, etc.), comportementaux (évitement ou hyperactivité, etc.) ou cognitifs (croyances, catastrophisme, hypervigilance, etc.) ;
- facteurs sociaux : familiaux, culturels, professionnels, scolaires, etc.

Les processus d'évaluation et de prise en charge d'un patient présentant une douleur chronique relèvent ainsi du modèle biopsychosocial, selon une démarche intégrative. Ils nécessitent d'être centrés sur la personne et requièrent, le plus souvent, un exercice coordonné des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le modèle interdisciplinaire est considéré par l'IASP comme optimal pour les SDC qui prennent en charge les patients atteints de douleurs chroniques rebelles (cf. argumentaire pages 22-23).

## 2.3. Des délais d'attente médicalement et éthiquement acceptables

En 2005, la *Canadian Pain Society* (10) constatait que les patients souffrant d'une douleur subissaient une détérioration significative de leur état de santé, de leur qualité de vie et de leur bien-être psychologique pendant la période d'attente d'au moins 6 mois qui suivait leur orientation vers une structure de prise en charge spécialisée, sans pouvoir préciser à partir de quand cette détérioration s'instaurait.

En 2009, l'[International Association for the Study of Pain. Task force on wait-times](#) (8) a proposé des recommandations concernant les temps d'attente pour un traitement adapté de la douleur (tableau1).

Tableau 1. Délais pour le traitement de la douleur selon l'IASP

- |   |
|---|
| – Les affections douloureuses aiguës, à traiter immédiatement (par exemple : crises douloureuses drépanocytaires et douleurs liées à un traumatisme ou à une intervention chirurgicale).  |
| – Au plus urgent (< 1 semaine) : affection grave douloureuse avec risque de détérioration ou de chronicisation, telle que phase aiguë d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), douleur chez l'enfant, douleur liée au cancer, phase terminale d'une maladie.                |
| – En urgence ou semi-urgence (< 1 mois) : douleur sévère non diagnostiquée ou progressive avec risque d'altération fonctionnelle croissante, généralement d'une durée de moins de 6 mois (lombalgie qui ne se résout pas, douleur post-chirurgicale ou post-traumatique persistante). |
| – En routine ou régulièrement (< 8 semaines) : douleur persistante à long terme sans progression significative.   |

## 2.4. Un parcours de santé hiérarchisé, pluriprofessionnel et pluridisciplinaire

L'organisation de ce parcours de santé doit être en mesure de répondre aux besoins d'une population potentielle de 12 millions d'adultes douloureux chroniques sur l'ensemble du territoire, sans oublier les enfants ni les personnes vulnérables et/ou dyscommunicantes. Il doit être à la fois personnalisé à l'échelle du patient et gradué à l'échelle du territoire.

Pour être efficient et fournir au patient traitements et accompagnements adaptés, au moment opportun, par le ou les professionnel(s) compétents, il convient de le hiérarchiser en trois niveaux capables de fournir à la personne, à tous ces niveaux, des soins et accompagnements pluriprofessionnels et pluri-disciplinaires.

Le niveau 1, les professionnels en ville, doit être en mesure de prendre en charge le plus grand nombre des patients douloureux chroniques ou risquant de le devenir, et/ou d'assurer et de coordonner l'essentiel de leur parcours de santé. La prévention de la douleur et la prévention de la douleur chronique font partie du parcours.

Le niveau 2 correspond aux consultations et centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, dans les missions qu'ils ont en commun, ainsi que les services hospitaliers de spécialité.

Le niveau 3 correspond aux centres d'évaluation et de traitement de la douleur, pour les missions qui leur sont propres.

**Dans le cadre de sa mise en œuvre**, le parcours type décrit dans ce guide devra prendre en compte les freins et les leviers à son implémentation en France (cf. chapitre suivant).

Sur un territoire donné, les professionnels de santé et l'agence régionale de santé (ARS) devront l'adapter aux réalités de terrain, en particulier aux ressources professionnelles et aux organisations d'exercice coordonné des soins mobilisables.

Selon les situations, et dans le cadre d'un exercice coordonné des soins en équipe, les professionnels pourront proposer des protocoles de coopération (cf. argumentaire, pages 103-104), en s'attachant à respecter le modèle biopsychosocial, garant d'une évaluation et d'une prise en charge de qualité.

## 2.5. Les points clés pour une mise en œuvre du parcours

Les analyses en France et à l'étranger des freins et leviers à l'implémentation d'un parcours de santé efficient et de qualité pour les personnes présentant une douleur chronique convergent et soulignent l'importance de sept conditions pour une mise en œuvre réussie (cf. argumentaire, pages 34-82) (tableau 2).

Tableau 2. Conditions pour une implémentation du parcours

<b>1. La prévention de la douleur chronique</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>— la prévention des douleurs et leur traitement précoce, comme moyen de réduire l'incidence et la prévalence des personnes douloureuses chroniques</li></ul>
<b>2. Un modèle biopsychosocial</b> pour une évaluation et une prise en charge de qualité, à tous les niveaux, ce qui implique :
<ul style="list-style-type: none"><li>— des soins pluriprofessionnels et pluridisciplinaires, à tous les niveaux de prise en charge, y compris en ville ; avec au besoin l'intervention de professionnels des champs sociaux, médico-sociaux, professionnels ou scolaires</li><li>— un partenariat avec la personne souffrant de douleur chronique, qui doit être acteur de sa prise en charge</li></ul>
<b>3. Une gestion efficiente des ressources</b> pour répondre aux besoins dans des délais médicalement et éthiquement acceptables, ce qui implique :
<ul style="list-style-type: none"><li>— une hiérarchisation des services en ville et à l'hôpital, selon trois niveaux</li><li>— le développement des prises en charge en ville (niveau 1), qui doivent être en mesure de gérer l'essentiel des personnes souffrant de douleur chronique ou l'essentiel de leur parcours, et assurer leur suivi</li><li>— la possibilité pour la personne de passer d'un niveau à l'autre et dans les deux sens, selon l'évolution de sa situation clinique, mais aussi psychologique et sociale</li></ul>
<b>4. Le développement d'une interface SDC/ville et de la e-santé</b>

- la mise en place de services par les SDC à destination de la ville, optimisée grâce aux nouvelles technologies numériques et de l'information, avec des services de télésanté, des outils de partage des données et des services de partage et de diffusion des savoirs, avec pour objectifs la formation et le soutien du niveau 1 et une meilleure coordination entre les niveaux

**5. Le développement des connaissances**, la formation des professionnels et l'information des patients, ce qui nécessite :

- la diffusion des savoirs et des savoir-faire professionnels, en particulier en ville
- le développement de la recherche, en particulier translationnelle et clinique, en impliquant tous les acteurs, les professionnels en ville et à l'hôpital et les patients, afin d'adapter et d'améliorer les pratiques cliniques

**6. Un pilotage du parcours et une politique d'amélioration continue de la qualité**

- l'élaboration d'indicateurs de processus, mais aussi de résultats, et des audits

**7. Des financements adaptés**

- des SDC pour les missions qui leur sont propres et pour les nouvelles missions décrites dans ce guide
- des professionnels de ville impliqués dans le parcours, afin de favoriser les bonnes pratiques (en particulier, la réalisation de la première évaluation du patient dououreux chronique en ville – annexe 2), un exercice coordonné en équipe de soins pluriprofessionnelle et multidisciplinaire et des collaborations vertueuses entre la ville et l'hôpital

# La prévention de la douleur chronique

La prévention de la douleur chronique est un corollaire indispensable du parcours de santé de la personne présentant une douleur chronique et participe indirectement à l'amélioration de la fluidité du parcours de santé des patients douloureux chroniques.

La prévention ou le contrôle des douleurs aiguës et leur traitement, et le dépistage des facteurs de chronicisation des douleurs persistantes et leur prise en charge précoce doivent permettre à terme de réduire l'incidence et la prévalence des douleurs chroniques et leurs conséquences.

De plus, les prises en charge des douleurs en voie de chronicisation et des douleurs chroniques, dans des délais adaptés, peuvent améliorer le pronostic pour la personne, simplifier son parcours et en réduire la durée et les coûts afférents.

## 1. Les acteurs de la prévention

La prévention de la douleur et son soulagement font partie des missions de **tous les professionnels de santé**, selon leurs compétences propres, sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique validé (cf. argumentaire, pages 85-98).

La prévention des douleurs évitables liées aux soins ou post-chirurgicales doit être l'objet d'une attention particulière. Les troubles musculosquelettiques liés au travail sont fréquents. Des campagnes de prévention de la douleur liée aux soins, en chirurgie ou encore au travail, doivent être envisagées.

En ville, dans le cadre d'un exercice coordonné des soins en équipe, un dépistage en population générale de la douleur chronique ou des douleurs à risque de chronicisation peut être mis en place en s'appuyant sur les pharmaciens d'officine et les autres professionnels de santé (outils à définir).

**Le Centre national de ressources de lutte contre la douleur** (CNRD) a pour mission de promouvoir la prévention et l'amélioration de la prise en charge de la douleur provoquée par les soins (appelée aussi douleur procédurale), et depuis 2016 de la douleur chronique. Sa cible est l'ensemble des professionnels de santé des secteurs public et privé, ainsi que les usagers du système de santé. Sur requête des autorités sanitaires, le CNRD peut avoir un rôle d'observatoire des besoins et des pratiques. Il diffuse auprès des professionnels des informations en ligne sur la douleur et des éléments pratiques (protocoles, audits, etc.) pour la mise en œuvre de stratégies de prise en charge de la douleur (douleur chronique, douleur aiguë quotidienne, douleur des soins). Il informe le grand public sur les différents aspects de la douleur, pour aider les personnes dans leur prise en charge et leur vie quotidienne (cf. argumentaire, pages 120-121).

**Les comités de lutte contre la douleur (CLUD) et les InterCLUD** aident à la définition d'une politique institutionnelle de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur, en diffusant notamment les bonnes pratiques sur la prévention et la prise en charge de la douleur à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux. Ils ont en outre pour mission de : contribuer à la détermination des objectifs et à l'élaboration du programme d'actions de l'établissement en matière de prise en charge de la douleur ; rédiger des protocoles diagnostiques et thérapeutiques visant à lutter contre la douleur (douleur aiguë, chronique ou procédurale) ; 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) (cf. argumentaire, pages 121-122).

**Les associations de patients** peuvent être sollicitées dans un objectif de prévention, mais aussi de formation des professionnels sur l'impact de la douleur sur la qualité de vie (partage des savoirs). Elles

peuvent participer à l'éducation thérapeutique, notamment avec des patients experts, et aider à l'organisation du parcours par l'information qu'elles diffusent aux patients concernés et ainsi participer à réduire les délais de prise en charge (portail web des associations et autres canaux d'information).

## 2. Les délais de prise en charge de la douleur

Le traitement des douleurs aiguës et le dépistage des facteurs de chronicisation des douleurs persistantes et leur prise en charge précoce doivent permettre à terme de réduire l'incidence et la prévalence des douleurs chroniques et améliorer leur pronostic.

En 2009, l'[International Association for the Study of Pain. Task force on wait-times](#) (8) a proposé des recommandations concernant les temps d'attente médicalement et éthiquement acceptables pour un traitement adapté de la douleur (tableau 1). **Si ces délais sont pour la plupart encore éloignés de nos réalités, ils sont des objectifs à atteindre** pour permettre de réduire l'incidence et la prévalence des douleurs chroniques, mais aussi leurs retentissements fonctionnels, professionnels ou scolaires et sociaux pour la personne.

### 2.1. Les douleurs aiguës à traiter immédiatement

Par exemple : douleurs liées à un traumatisme ou à une intervention chirurgicale, crise douloureuse drépanocytaire, etc.

**La conduite à tenir** consiste le plus souvent à :

- éliminer les diagnostics d'urgence (drapeaux rouges) ;
- poser un diagnostic étiologique ou lésionnel ;
- **traiter immédiatement** ;
- si indiqué, protocoliser la prise en charge des nouvelles crises douloureuses prévisibles.

**Ces douleurs relèvent d'une prise en charge par :**

- en ville, le médecin traitant et/ou un médecin spécialiste de premier recours (niveau 1) ;
- à l'hôpital, le médecin du service ou l'équipe de soins du service dans le cadre de protocoles de soins d'urgence, au besoin avec le recours d'une équipe mobile douleur ;
- dans des situations d'urgence, en ville ou en service d'accueil d'urgence, un médecin urgentiste ou une équipe mobile d'urgence médicalisée, ou non médicalisée dans le cadre de protocoles de soins d'urgence ;
- lorsque le patient est connu et suivi pour une pathologie douloureuse chronique par un service hospitalier spécialisé ou une SDC :
  - si des phases aiguës d'exacerbation douloureuse sont prévisibles, des protocoles de soins d'urgence doivent être prévus : protocole de traitement de la crise, modalités de recours au service spécialisé de référence pour le patient, modalités d'hospitalisation en urgence ou modalités de soutien à distance (hotline),
  - si le patient arrive en service d'accueil d'urgence à l'hôpital, il doit intégrer un parcours défini et être adressé vers le service le plus adapté. Une fiche de coordination et de suivi peut à ce titre être envisagée.

## 2.2. Les douleurs d'affections graves avec risque de détérioration ou de chronicisation

Par exemple : phase aiguë d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), douleur liée au cancer, phase terminale d'une maladie, douleurs chez l'enfant, douleurs dans le grand âge, douleurs chez les personnes dyscommunicantes (affection mentale sévère, polyhandicap), etc.

**La conduite à tenir** consiste le plus souvent à :

- éliminer les diagnostics d'urgence (drapeaux rouges) ;
- poser un diagnostic étiologique ou lésionnel ;
- rechercher les facteurs de risque de chronicisation (drapeaux jaunes) ;
- **traiter dans des délais de moins de 1 semaine** ;
- assurer un suivi.

**Ces douleurs relèvent d'une prise en charge par :**

- en ville, le médecin traitant, souvent de façon pluridisciplinaire en sollicitant selon le besoin un médecin spécialiste de second recours en ville (niveau 1) ou un service hospitalier de spécialité (niveau 2), si besoin par télémédecine ;
- si la douleur est prévisible, des protocoles de soins d'urgence doivent être prévus et des modalités de soutien envisagées : une aide spécialisée à distance (hotline ou télémédecine), une hospitalisation à domicile et/ou des modalités d'hospitalisation de jour ou conventionnelle anticipées en service de soins spécialisés. Une fiche de coordination et de suivi peut à ce titre être envisagée.

## 2.3. Les douleurs sévères non diagnostiquées ou progressives avec risque d'altération fonctionnelle croissante

Elles sont généralement des douleurs d'une durée de moins de 6 mois, telles qu'une lombalgie qui ne se résout pas, une douleur post-chirurgicale ou post-traumatique persistante.

Elles peuvent s'accompagner d'une majoration inadaptée des doses d'antalgiques qui restent pourtant insuffisamment efficaces, et d'un mésusage d'antalgiques, en particulier d'opioïdes pour des douleurs non cancéreuses.

**La conduite à tenir** consiste à :

- (re)poser un diagnostic étiologique ou lésionnel ou physiopathologique le plus précis possible ;
- (ré)évaluer les déterminants biopsychosociaux de la chronicisation de la douleur ;
- selon le cas, réaliser un bilan fonctionnel sur les possibilités réadaptatives ;
- mettre en place une **prise en charge adaptée dans des délais inférieurs à 1 mois**, le plus souvent en pluriprofessionnalité ;
- assurer un suivi.

**Elles relèvent d'une prise en charge par :**

- en ville, le médecin traitant ou un médecin spécialiste de premier recours, le plus souvent en pluriprofessionnalité avec l'équipe de soins primaires (ESP) (niveau 1) ;
- si indiqué, en pluridisciplinarité en requérant l'expertise d'un médecin spécialiste de second recours en ville (niveau 1) ;
- si indiqué, avec le soutien d'un service hospitalier de spécialité (niveau 2) en consultation, ou en hospitalisation de jour (HDJ) ou en internat, en particulier en cas de difficultés diagnostiques, de mésusage ou d'addiction des antalgiques, ou de recours à des techniques spécialisées ;

- si indiqué, par un recours urgent à une SDC en sollicitant un adressage en « coupe-file » ou un avis à distance par télémédecine (téléconsultation ou téléexpertise) (niveau 2).

## 2.4. Les douleurs persistantes à long terme sans progression significative

**La conduite à tenir** consiste à :

- réévaluer le diagnostic étiologique, lésionnel ou physiopathologique (et catégoriser la douleur selon la CIM-11) ;
- réévaluer les déterminants de chronicisation, en élargissant cette évaluation à l'ensemble des facteurs biopsychosociaux en pluriprofessionnalité et le cas échéant en pluridisciplinarité ;
- dans les situations difficiles, organiser une réunion de synthèse pluriprofessionnelle (RSP) ou une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), et rédiger un projet personnalisé de coordination en santé (PPCS) en accord avec le patient ;
- mettre en place une **prise en charge adaptée dans des délais inférieurs à 8 semaines** ;
- assurer un suivi en ville, au besoin en coordination avec l'hôpital.

**Ces douleurs relèvent d'une prise en charge par :**

- en ville, le médecin traitant ou un autre spécialiste de premier recours qui effectue la première évaluation du patient douloureux chronique, au mieux à l'aide de la grille d'évaluation d'une douleur chronique en soins primaires (annexe 1), en pluriprofessionnalité avec l'ESP, au besoin avec l'aide de spécialistes de second recours (niveau 1) ;
- si la douleur est rebelle ou si la complexité nécessite une expertise de niveau 2, le médecin traitant requiert :
- soit un service hospitalier de spécialité (niveau 2) pour certaines douleurs chroniques spécifiques, par exemple : les céphalées primaires en neurologie, certaines douleurs musculosquelettiques en rhumatologie ou en médecine physique et de réadaptation, les douleurs chroniques de l'enfant en pédiatrie, etc.,
- soit une SDC de proximité (niveau 2) pour les douleurs rebelles, en particulier pour les douleurs chroniques primaires ou lorsque les déterminants psychosociaux ont une place prédominante ou lorsque la douleur relève d'une thérapeutique spécifique non disponible en ville ou en service de spécialité à l'hôpital ;
- le recours au niveau 3, un centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, peut se justifier après échec du niveau 2, ou pour le recours à des soins spécialisés non disponibles au niveau 2.



Figure 1. Les délais pour une prise en charge médicalement adaptée des douleurs

# Le parcours de santé

## 1. Un parcours de santé ville/hôpital

### 1.1. Les principes du parcours

Le parcours de santé a pour objectif de proposer des soins, des aides et un accompagnement de qualité à toutes les personnes atteintes d'une douleur chronique ou d'une douleur persistante à risque de chronicisation, dans des délais médicalement et éthiquement acceptables.

Pour cela, le parcours mobilise les ressources humaines, organisationnelles et financières disponibles en France, rappelle leurs missions réglementaires respectives, et au besoin leur propose des missions complémentaires.

- En ville, il s'appuie sur les soins de premier et second recours et le développement des organisations d'exercice coordonné des soins en équipe.
- À l'hôpital, il s'appuie sur les plus de 250 consultations et centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique (SDC) répartis dans les territoires, et sur les services de spécialité des établissements de soins.
- Il mobilise les professionnels et les organisations en territoires, chacun dans leurs missions, selon leurs compétences et leurs responsabilités, afin de répondre à des critères de qualité et de sécurité.
- Il est gradué en trois niveaux, mobilisant des ressources de plus en plus complexes, et donc en général de plus en plus coûteuses, pour une plus grande efficience :
- le premier niveau, la ville, prend en charge le plus grand nombre de patients douloureux chroniques ou risquant de le devenir, et/ou assure l'essentiel de leur parcours de santé et le coordonne ;
- les SDC de proximité, en niveau 2, proposent des services de formation, de soutien et d'expertise aux médecins traitants et plus généralement aux professionnels du niveau 1, dans le cadre d'une interface ville/hôpital et avec l'aide des nouvelles technologies de l'information et de la télémédecine ;
- les SDC de niveau 3 disposent de compétences et proposent des expertises non disponibles en niveau 2, et peuvent prendre le relais de ce niveau.

Selon le modèle biopsychosocial, le parcours prend en compte toutes les dimensions de la douleur chronique et de ses conséquences. La prise en charge d'un patient douloureux chronique est nécessairement centrée sur le patient et le plus souvent réadaptative et multimodale, d'une durée longue. Ainsi :

- les trois niveaux peuvent proposer un exercice coordonné des soins en équipes pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires ;
- le patient peut passer d'un niveau à l'autre et dans les deux sens, selon l'évolution de sa santé globale, que ce soit sur les plans physique, psychique ou social ;
- le patient est acteur de sa prise en charge. Le projet de prise en charge est construit avec lui et mis en place avec son accord. Il en est responsable pour certains aspects, comme l'adhésion aux traitements ou un changement de mode de vie. Il mobilise les parents pour les enfants et les adolescents. Il peut aussi mobiliser les aidants familiaux ou professionnels pour les patients dépendants ou dyscommunicants ;

- dans les situations ressenties comme complexes, le médecin peut désigner un « référent parcours douleur » pour l'aider dans la mise en place du projet personnalisé de coordination en santé (PPCS) et la coordination du parcours de son patient.

## 1.2. Des référents pour les parcours complexes

Le médecin traitant est règlementairement le responsable et le coordonnateur du parcours de santé de ses patients. Dans le cadre du parcours, le médecin du niveau 1 ou 2 peut, dans des situations qu'il estime complexes, nommer un référent parcours.

### 1.2.1. Un référent parcours douleur en ville

Dans le cadre d'un exercice coordonné des soins en équipe (ESP, CdS, MSP ou CPTS) et dans des situations ressenties comme complexes, le médecin traitant peut solliciter le soutien ou déléguer (article 51 de la LFSS 2018) la coordination opérationnelle du parcours d'un patient douloureux chronique à un professionnel dédié, qui devient alors le « référent parcours douleur en ville » du patient. Cette délégation se fait au mieux après l'élaboration d'un projet personnalisé de coordination en santé (PPCS) par l'ESP, sous la responsabilité du médecin traitant, au besoin en sollicitant des professionnels de second recours, au mieux dans le cadre d'une réunion de synthèse pluriprofessionnelle (RSP) formalisée.

Ce référent du parcours douleur est le plus souvent un professionnel de santé de l'ESP, qui va assurer la coordination du parcours du patient dans toutes ses dimensions biopsychosociales. C'est la personne vers laquelle les autres professionnels impliqués dans le parcours font converger les données de santé et vers laquelle ils peuvent se tourner pour disposer d'une vision globale et actualisée de la situation. Le référent s'assure de la mise en place opérationnelle et du suivi du PPCS pour le patient, mais aussi avec et pour les professionnels impliqués. Il informe le médecin traitant des difficultés qu'il peut rencontrer.

Ce référent, désigné par le médecin traitant, peut être :

- un infirmier de pratique avancée (IPA) dans ses champs d'action et selon les modalités d'intervention et de coordination décrites dans l'[article R. 4301-1 à 8 du CSP](#), dans l'hypothèse d'une extension règlementaire future à la douleur chronique de ses domaines d'intervention et d'une formation universitaire adéquate (cf. argumentaire, pages 94-96) ;
- un [infirmier type « Asalée »](#) dans le cadre de ses missions définies par [l'instruction DSS/SD1B n° 2015-151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération Asalée](#), dans l'hypothèse d'une extension règlementaire de ses domaines d'activité et d'une formation adéquate (cf. argumentaire, page 103) ;
- un infirmier diplômé d'État ou tout autre soignant de l'ESP, en fonction de la situation clinique du patient et des organisations internes à l'ESP. Cette personne devra posséder des compétences en coordination clinique et en douleur chronique.

### 1.2.2. Un référent parcours douleur en SDC

En cas de prise en charge commune avec une SDC, un « référent parcours douleur en SDC » peut être désigné par le médecin de la SDC au sein de son équipe, en l'absence d'un référent du parcours en ville ou en subsidiarité avec lui.

Il est le plus souvent un infirmier ressource douleur (IRD), tel que défini dans le référentiel de compétences de la SFETD (11), plus rarement un psychologue ou un autre professionnel de santé de l'équipe (cf. argumentaire, pages 96-97).

Le référent s'assure de la concertation entre les membres de l'équipe de la SDC et de la disponibilité des données issues de cette concertation pour l'ensemble de l'équipe de la SDC et pour les intervenants externes à l'équipe, en particulier le médecin traitant du patient, l'ESP, et le cas échéant le référent parcours douleur en ville.

### 1.2.3. Un référent parcours du DAC

Le médecin traitant ou le médecin de la SDC peuvent recourir à un dispositif d'appui à la coordination (DAC) pour un patient quand la situation est ressentie comme particulièrement complexe du fait de nombreux facteurs, en général non biomédicaux. Les missions du DAC sont définies par [l'article L. 6327 – 1 à 7 du CSP](#) (cf. argumentaire, pages 102-103).

Le référent parcours du DAC n'a le plus souvent aucune formation spécifique concernant la douleur. Il répond, en subsidiarité des professionnels, à une demande d'appui à la coordination du parcours. Il assure d'abord l'information, le conseil et l'orientation vers les ressources sociales ou en santé du territoire et, au besoin, analyse la situation de la personne pour ensuite mettre en relation les acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux intervenant pour elle. Il participe à l'élaboration du PPCS. Il assure si besoin un accompagnement renforcé de la personne et de son entourage, en particulier au domicile.

## 1.3. Schéma du parcours de santé de la personne douloureuse chronique sur trois niveaux

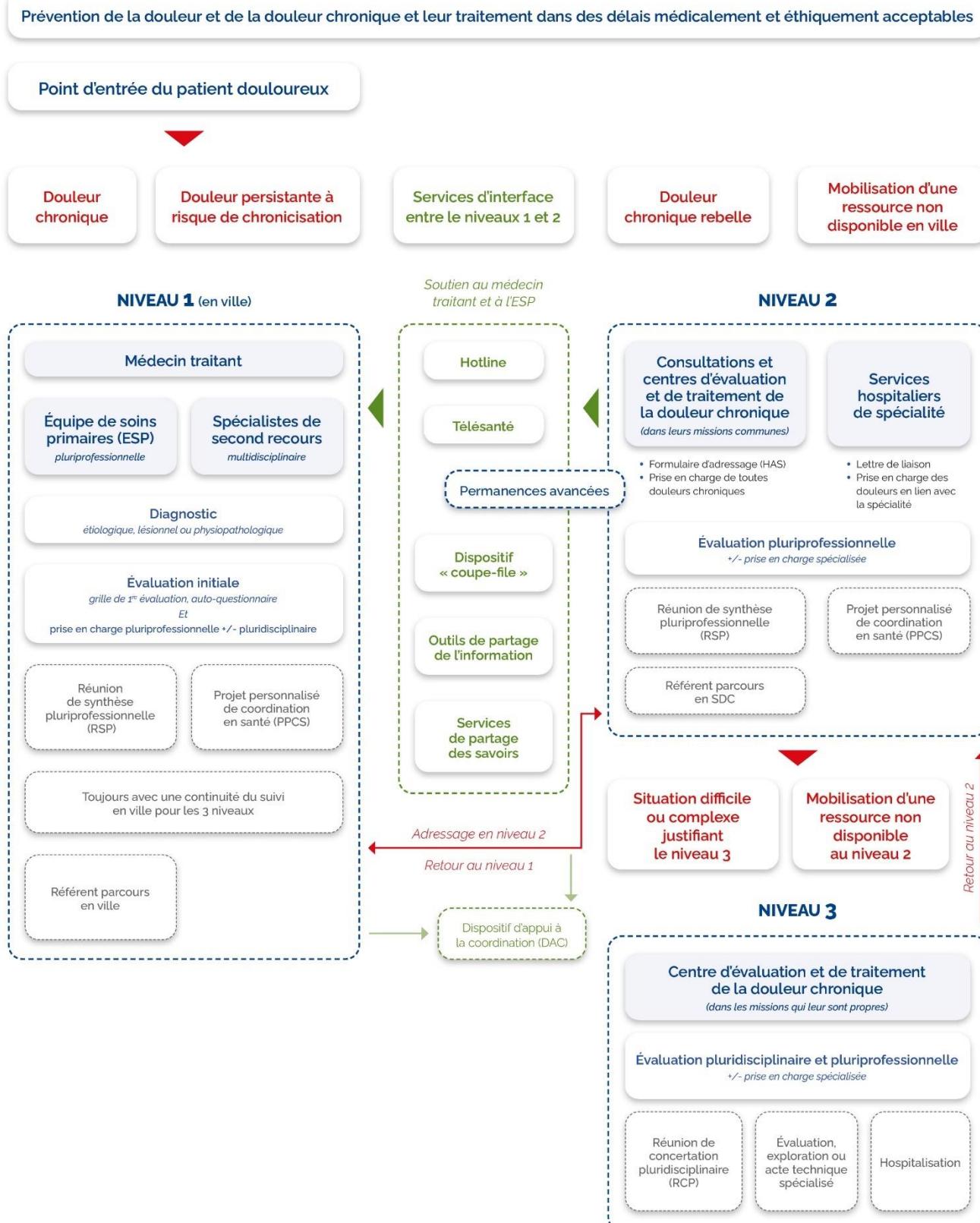


Figure 2. Le parcours du patient douloureux chronique en trois niveaux

## 2. Le premier niveau, les soins en ville

### 2.1. L'organisation du niveau 1

Le premier niveau d'évaluation et de prise en charge pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires du patient douloureux chronique mobilise les professionnels de santé de premier et second recours en ville (cf. argumentaire pages 85-102).

Il est articulé autour du **médecin traitant**, qui est réglementairement le coordonnateur et le responsable du parcours de santé de son patient.

Il s'appuie au mieux sur les **organisations d'exercice coordonné des soins en équipe** pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire existants en ville, qui sont de deux types :

- à l'échelle de la patientèle, l'équipe de soins primaires (ESP, [article L1411-11-1 du CSP](#)) ; le centre de santé (CdS, [article L. 6323-1](#)) ou la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP, [article L6323-3](#)) ;
- à l'échelle territoriale, la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS, [article L. 1434-12, arrêté du 21 août 2019 en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS](#)).

La pluriprofessionnalité est assurée par l'**équipe de soins primaires (ESP)** qui, pour un patient douloureux chronique, est idéalement composée du médecin traitant, d'un infirmier, d'un masseur-kinésithérapeute, d'un pharmacien et d'un psychologue.

La pluridisciplinarité est assurée par les **médecins correspondants spécialistes de second recours** en ville.

### 2.2. Les patients douloureux chroniques du niveau 1

Les patients douloureux qui relèvent d'une évaluation de niveau 1, telle que décrite dans ce guide, ont soit une douleur pour laquelle la question d'une évolution chronique doit être envisagée en présence de facteurs de risque de chronicisation ou devant sa persistance, soit une douleur déjà fixée d'une durée supérieure à 3 mois.

En pratique, ils relèvent de trois situations assez distinctes :

- douleur aiguë survenant dans un contexte comportant un risque connu de chronicisation ;
- douleur persistante depuis plusieurs semaines après une survenue aiguë ;
- douleur chronique établie (par définition, d'une durée de plus de 3 mois).

Les facteurs de risque de chronicisation de la douleur (drapeaux jaunes) sont multiples et de nature biomédicale, psychologique ou sociale (tableau 4). Les facteurs plus spécifiques à un type de douleur chronique seront traités dans les « fiches parcours par pathologie ».

Tableau 3. Les principaux facteurs de risque de développement ou de maintien d'une douleur chronique (liste non exhaustive) – drapeaux jaunes

<b>Concernant les antécédents de la personne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– antécédent de douleur chronique et/ou de confrontation à des épisodes de douleurs importantes</li> <li>– diabète</li> <li>– polyopathologie</li> <li>– trouble anxieux</li> <li>– trouble thymique (dont dépression)</li> <li>– pathologie psychiatrique</li> <li>– trouble addictif</li> </ul>	<b>Concernant le contexte de survenue de la douleur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– douleur aiguë persistante d'intensité élevée</li> <li>– douleur post-traumatique</li> <li>– douleur post-chirurgicale</li> <li>– accident du travail, maladie professionnelle</li> <li>– litige avec un tiers ou une institution</li> </ul>
<b>Concernant l'étiologie de la douleur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pathologie rhumatologique (en particulier, rachialgie)</li> <li>– polyalgie</li> <li>– pathologie neurologique (en particulier lésion centrale)</li> <li>– pathologie auto-immune</li> <li>– endométriose</li> </ul>	<b>Concernant le contexte de la personne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– perte d'autonomie</li> <li>– grand âge</li> <li>– précarité</li> <li>– enfant et adolescent, d'autant plus s'il existe un antécédent de douleur chronique chez un parent de 1<sup>er</sup> degré</li> <li>– autres facteurs psychosociaux</li> <li>– poste de travail</li> <li>–</li> </ul>

La typologie des patients évalués et pris en charge en niveau 1 dépend de la complexité de la situation du patient, mais aussi des ressources disponibles dans le territoire en termes de professionnels, d'organisations et de thérapeutiques spécifiques, c'est-à-dire :

- des ressources en professionnels de santé de premier et second recours ;
- de l'existence d'organisations en exercice coordonné des soins (ESP, MSP, CdS, CPTS) effectives et opérationnelles ;
- de l'accès à des thérapeutiques non médicamenteuses validées, dont les psychothérapies, les programmes d'activité physique adaptée (APA) et les programmes d'éducation thérapeutique, et leur prise en charge conventionnée ou non par l'assurance maladie ;
- de la mobilisation, par le médecin traitant, des services sociaux ou médico-sociaux ou d'un DAC, et de sa collaboration avec les médecins du travail, les médecins scolaires, le médecin conseil de la Sécurité sociale, le médecin de l'autonomie du département, les médecins militaires (armée & gendarmerie), les médecins des prisons et les médecins des CCAS ;
- des services d'interface mis à disposition par la SDC pour les professionnels de ville, avec le soutien des tutelles, en particulier de l'ARS et du groupement régional d'appui au développement de e-santé (GRADEs) ;
- du niveau de connaissance en matière de douleur chronique des professionnels de santé du territoire et de la capacité de la SDC à créer des liens en proximité avec la ville et à transmettre ses savoirs et savoir-faire ;
- du degré de structuration du parcours de santé ville/hôpital dans le cadre d'un partenariat entre les SDC, les services hospitaliers de spécialité et les organisations en exercice coordonné en ville, mais aussi des tutelles, qui doivent créer les conditions règlementaires, organisationnelles

et financières propices à une collaboration vertueuse et au développement des services d'interface.

Le renforcement de la formation initiale et de la formation continue à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur chronique, et le compagnonnage des professionnels de ville avec les SDC, sous différentes formes (prises en charge communes ; participations aux RSP et RCP ; téléexpertises ou télémémentorat) devraient à terme assurer la montée en compétence des professionnels de ville et, avec le développement de l'exercice coordonné des soins, permettre des prises en charge de patients douloureux chroniques de plus en plus complexes en ville.

### 2.3. L'évaluation d'un patient douloureux chronique en niveau 1

L'évaluation et la prise en charge d'un patient douloureux chronique, comme pour toute pathologie chronique, commencent par l'établissement d'un **diagnostic médical étiologique, lésionnel et/ou physiopathologique**, préalable indispensable. Le cadre nosologique est précisé au mieux selon la classification internationale des maladies (CIM-11).

**La première évaluation du patient douloureux chronique en ville** est réalisée par le médecin traitant ou à défaut par un spécialiste de premier recours, au mieux en utilisant la grille d'évaluation d'une douleur chronique en soins primaires (annexe 1) et l'auto-questionnaire du patient chronique en ville (annexe 2). Cette évaluation peut être réalisée en pluriprofessionnalité en mobilisant l'ESP.

NB. Pour les personnes dyscommunicantes, le questionnaire est rempli, selon les cas, tout ou partie par ou avec l'aide d'un aidant ou un soignant. Le soignant peut être amené à utiliser des grilles validées d'hétéroévaluation de la douleur (cf. recommandations. L'évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, HAS 2000).

Selon le type de douleur et son retentissement, le médecin peut prescrire un bilan fonctionnel sur les possibilités réadaptatives.

**Pour les patients en situation de complexité** (multiples déterminants biopsychosociaux intriqués), le médecin peut mobiliser d'autres acteurs de façon additionnelle, tels qu'assistant de service social, médecin du travail, médecin de l'Éducation nationale, médecin de l'autonomie (services du département).

Pour ses patients en situation de complexité, le médecin traitant peut organiser une **réunion de synthèse pluriprofessionnelle** (RSP) avec l'ESP et des spécialistes de second recours, et élaborer avec eux, en accord avec le patient, un **projet personnalisé de coordination en santé** (PPCS) (12).

En cas de difficultés, il peut **soliciter de façon ponctuelle le niveau 2**, le cas échéant par une hotline dédiée (téléphone ou messagerie sécurisée de médecin à médecin) (cf. chapitre services de l'interface).

**Pour une douleur chronique rebelle** résistant aux traitements bien conduits en niveau 1, ou pour un traitement ou une prise en charge spécifique non disponible en ville, le médecin traitant peut mobiliser le niveau 2 :

- un service hospitalier de spécialité pour certaines douleurs spécifiques, à l'aide d'une lettre de liaison ; ce service pouvant répondre par une consultation externe ou une hospitalisation de jour ou en internat ;
- une SDC, à l'aide du formulaire d'adressage à une SDC (annexe 3), la SDC pouvant répondre par un service de télémédecine (téléconsultation ou télé-expertise), une consultation programmée en présentiel, si besoin avec des délais courts (dispositif « coupe-file »).

## 2.4. La prise en charge d'un patient douloureux chronique en niveau 1

La prise en charge d'un patient douloureux chronique peut être curative, mais elle est **le plus souvent symptomatique et adaptative**.

Elle répond alors au **modèle biopsychosocial** et vise le plus souvent : 1) une réduction de la douleur à un niveau acceptable pour le patient, 2) une amélioration de la fonction et une réduction du handicap dans les activités de la vie quotidienne et dans la vie en société ou professionnelle, 3) une amélioration de la qualité de vie, dans le but de prévenir ou de réduire une désinsertion sociale, professionnelle ou scolaire.

Elle est **multimodale** et peut associer :

- des traitements médicamenteux et/ou des techniques médicales invasives ou non ;
- des thérapies non médicamenteuses validées selon les pathologies douloureuses : rééducation-réadaptation, programmes d'APA, psychothérapies, etc. ;
- un apprentissage à mieux gérer sa maladie (autogestion), avec une éducation pour la santé et le cas échéant une éducation thérapeutique ;
- un accompagnement dans des changements de mode de vie, à un aménagement du poste de travail ou de l'environnement scolaire ;
- des approches intégratives et complémentaires, en se basant sur des données probantes pour une pathologie ciblée et en mobilisant des professionnels compétents avec une formation reconnue.

Elle nécessite un exercice coordonné des soins **pluriprofessionnel** avec l'ESP et **pluridisciplinaire** avec les spécialistes de second recours, et peut mobiliser d'autres acteurs en dehors du soin, tels qu'assistant de service social, médecin du travail, médecin de l'Éducation nationale, médecin de l'autonomie (services du département).

Elle est nécessairement **centrée sur le patient**. Elle est élaborée et mise en œuvre avec son accord et avec sa participation. Elle peut nécessiter des changements de mode de vie, un reclassement socio-professionnel ou un engagement dans un nouveau projet de vie.

Elle peut durer plusieurs mois ou années et nécessiter un accompagnement du patient tout au long de son parcours. Cet accompagnement vise à l'autonomisation du patient, avec un apprentissage à l'autogestion de sa maladie et un renforcement de la confiance en soi, une éducation à la santé, voire un programme d'éducation thérapeutique. Un accompagnement socio-familial, professionnel ou scolaire peut être nécessaire.

L'aide, notamment pour les personnes dyscommunicantes, est un interlocuteur privilégié du médecin traitant et du référent parcours douleur.

Dans les situations particulièrement complexes, le médecin traitant peut désigner un « **référent parcours douleur en ville** » pour aider à la mise en place du PPCS et assurer son suivi. Il peut aussi mobiliser ponctuellement un DAC.

En cas de sollicitation du niveau 2, la prise en charge est organisée et coordonnée en ville et à l'hôpital sans discontinuité, selon les cas en complément ou en subsidiarité. **Un suivi du patient en niveau 2 n'interrompt pas son suivi en niveau 1.**

## 2.5. Les professionnels de niveau 1 et leurs missions

Le premier niveau d'évaluation et de prise en charge du patient douloureux chronique mobilise les professionnels de santé de premier et second recours en ville, **chacun dans leurs missions, selon leurs compétences et leurs responsabilités**, définies par la loi (cf. argumentaire pages 85-96).

Le niveau 1 du parcours d'un patient douloureux chronique est donc articulé autour du médecin traitant et de l'équipe de soins primaires (ESP) qui est idéalement composée : d'un infirmier, d'un masseur-kinésithérapeute, d'un pharmacien (qui peut être le pharmacien correspondant du patient), et d'un psychologue (qui n'est pas réglementairement un professionnel de santé). Il peut mobiliser des médecins spécialistes de second recours en ville.

**Le médecin traitant** est le plus souvent un spécialiste de médecine générale. Il a pour missions de :

- prévenir les douleurs liées aux soins ;
- faire le diagnostic étiologique ou lésionnel de la douleur et éliminer les situations d'urgence (drapeaux rouges) ;
- assurer la première évaluation du patient douloureux chronique, en utilisant la grille d'évaluation d'une douleur chronique en soins primaires (annexe 1) et l'auto-questionnaire d'une personne douloureuse chronique en soins primaires (annexe 2), et repérer les facteurs de chronicisation de la douleur (drapeaux jaunes) ;
- prescrire la prise en charge de premier niveau, au besoin en mobilisant l'ESP et/ou en requérant un avis ou une thérapeutique spécialisés auprès d'un spécialiste de second recours en ville ;
- mobiliser de façon précoce les autres acteurs du parcours de santé : un assistant de vie sociale, le médecin du travail, le médecin conseil de la Sécurité sociale, le médecin de l'Éducation nationale pour les enfants, etc. ;
- assurer la continuité des soins du patient, quel que soit son niveau de prise en charge :
- assurer le suivi du patient en ville et adapter la prise en charge à l'évolution de la douleur et à ses conséquences médicales, psychologiques ou sociales,
- éviter les ruptures dans le parcours et prévenir les hospitalisations évitables : s'assurer de la bonne coordination des soins et des aides et prévenir, anticiper, protocoliser et prendre en charge les épisodes d'acutisation de la douleur chronique,
- orienter le patient tout au long de son parcours et coordonner sa prise en charge avec l'ESP, et si indiqué avec les autres niveaux ;
- en cas d'échec de la prise en charge, savoir remettre en cause le diagnostic initial et/ou réévaluer le projet thérapeutique, et au besoin mobiliser le niveau 2.

Dans le cadre d'un exercice coordonné des soins et pour les cas complexes, que ce soit pour des raisons médicales ou psychosociales, le médecin peut :

- assurer une évaluation pluriprofessionnelle avec l'ESP et/ou pluridisciplinaire avec les spécialistes de second recours en ville ;
- organiser en ville une RSP avec l'ESP et si besoin un spécialiste de second recours, et élaborer un PPCS en accord avec le patient ;
- désigner un référent parcours douleur en ville et lui déléguer tout ou partie de la coordination du parcours et du suivi du PPCS ;
- requérir l'appui d'un référent parcours DAC ;
- si indiqué, requérir un service de l'interface ville/hôpital mis à disposition par la SDC de proximité.

Pour les douleurs chroniques rebelles :

- requérir l'expertise du niveau 2, pour le diagnostic, l'évaluation et/ou la prise en charge ;
- un service hospitalier de spécialité, selon le type de douleur, en consultation ou en hospitalisation de jour ou en internat ;
- une SDC, en utilisant le formulaire d'adressage à une SDC (annexe 3) pour mobiliser un service de télémédecine ou obtenir une consultation en présentiel, en sollicitant, au besoin, le « coupe-file » ;
- participer en présentiel ou visioconférence à une RSP ou RCP organisée par la SDC ;
- co-construire et valider le PPCS avec la SDC, en accord avec le patient ;
- assurer le suivi et la continuité des soins en ville, en sus de la structure de niveau 2 ou 3 ;
- assurer le relais en ville, après une évaluation et/ou en fin de prise en charge par le niveau 2 ou le niveau 3.

**L'infirmier diplômé d'État (IDE)** a pour missions de :

- prévenir les douleurs liées aux soins selon ses rôles propres ou sur prescription médicale ;
- de façon générique, identifier les besoins de la personne, poser un diagnostic infirmier et formuler des objectifs de soins infirmiers ;
- administrer des traitements à visée antalgique ou effectuer des gestes techniques infirmiers en lien avec la douleur, sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole de soins validé par un médecin ;
- évaluer l'efficacité du traitement prescrit (échelles d'auto ou hétéroévaluation), et surveiller l'observance et les effets secondaires du traitement induit (en particulier des opioïdes) et en référer au médecin prescripteur ;
- selon sa formation et les compétences acquises, assurer un accompagnement, une éducation pour la santé ou un programme d'éducation thérapeutique en rapport avec la douleur chronique et ses traitements.

Dans le cadre d'un exercice coordonné :

- participer en pluriprofessionnalité avec l'ESP à la première évaluation du patient douloureux chronique, en particulier accompagner le patient dans les réponses à l'auto-questionnaire d'une personne douloureuse chronique en soins primaires (annexe 2) ;
- dans les situations complexes, être désigné par le médecin traitant comme référent du parcours douleur en ville, pour le patient et pour les professionnels impliqués, et assurer le suivi du PPCS en lien direct avec le médecin traitant.

Les infirmiers en pratique avancée (IPA), dans l'hypothèse d'une extension réglementaire à venir de leurs domaines de compétence à la douleur chronique, et donc d'une formation universitaire et d'une expérience adéquates, pourraient avoir un rôle plus large à jouer dans le parcours de santé des patients douloureux chroniques (avis d'experts).

**Le masseur-kinésithérapeute** a un rôle important dans les évaluations et les traitements de nombreuses douleurs chroniques. Il est le plus souvent sollicité pour des patients atteints de douleurs musculosquelettiques et/ou articulaires, de douleurs neurologiques en post-AVC ou amputation, localisées ou diffuses. Il a pour missions de :

- assurer la prévention des douleurs en particulier musculosquelettiques et articulaires ;
- de façon générique, assurer le diagnostic kinésithérapique et le traitement physique et manuel des troubles de la motricité et des déficiences fonctionnelles, avec une dimension cognitivo-comportementale ; évaluer la condition physique du patient ;

- sur prescription médicale, mobiliser des techniques de rééducation/réadaptation à visée antalgique et/ou d'amélioration de la fonction, et au besoin renouveler cette prescription médicale si elle date de moins d'un an, sauf avis contraire du médecin ;
- sur prescription médicale, concevoir et dispenser des programmes d'activité physique adaptée (APA) à visée antalgique et/ou d'amélioration de la fonction, et au besoin adapter et renouveler la prescription d'APA, sauf avis contraire du médecin.

**Le pharmacien d'officine** joue un rôle important dans la dispensation des thérapeutiques à visée antalgique, le repérage des mésusages et l'éducation à la santé. Il a pour missions de :

- dispenser les médicaments à visée antalgique ;
- dépister les interférences médicamenteuses et les risques iatrogènes ;
- éduquer le patient, en particulier à la bonne utilisation des médicaments à visée antalgique ;
- repérer une mauvaise observance, un mésusage, une automédication, un nomadisme médical (à l'aide du dossier pharmaceutique ou d'un bilan médical partagé), et au besoin refuser la dispensation et en référer au médecin prescripteur.

Dans le cadre d'un exercice coordonné, le pharmacien correspondant, à la demande du médecin ou avec son accord, peut :

- renouveler périodiquement des traitements chroniques, en particulier à visée antalgique, et ajuster leur posologie, pour ceux autorisés par la loi ;
- assurer des conseils et des prestations non médicales visant à améliorer l'état de santé du patient douloureux chronique ;
- repérer les douleurs persistantes ou chroniques (outils à définir) et orienter le patient vers son médecin.

Pour les personnes de 65 ans et plus polymédiquées, dont les personnes âgées en Ehpad :

- effectuer un bilan partagé de médication (BMP).

Dans le cadre de ce parcours, il y aurait un intérêt à étendre réglementairement le bilan de médication aux patients douloureux chroniques à risque de mésusage ou de mauvaise observance, sans limitation d'âge (avis d'experts).

**Le psychologue clinicien**, en particulier quand il est formé à la douleur chronique ou à la psychopathologie du somatique, peut en ville, notamment dans le cadre d'un exercice coordonné des soins :

- réaliser l'évaluation psychopathologique du patient, dont les aspects relevant de la dépression et de l'anxiété ;
- évaluer les dimensions psychologiques de la douleur chronique, ses déterminants et ses conséquences ;
- assurer la prise en charge thérapeutique en ville des dimensions psychologiques de la douleur chronique : psychothérapie ou approche psychocorporelle s'il a une formation adéquate ; à défaut, orienter le patient vers un psychologue compétent, formé à la prise en charge de la douleur chronique.

Dans le cadre de ce parcours et d'un exercice coordonné des soins, il y aurait un intérêt à faciliter l'accès des patients douloureux chroniques en situation de complexité ou en situation d'échec thérapeutique à un psychologue formé à la douleur en ville sur prescription médicale (avis d'experts).

Le recours aux centres médicropsychologiques de territoire (CMP) doit être envisagé, même si leurs ressources sont limitées.

Le [dispositif MonPsySanté](#) permet, sur orientation du médecin traitant, un remboursement par l'assurance maladie de 8 séances maximum par an avec un psychologue conventionné aux personnes âgées d'au moins 3 ans, présentant des troubles psychiques d'intensité légère à modérée et ne prenant pas de traitement antidépresseur depuis au moins 3 mois. Le dispositif pourrait être mobilisé pour le parcours dans l'hypothèse d'une adaptation de son cadre règlementaire à la situation des personnes douloureuses chroniques (avis d'experts).

Dans le cadre d'un exercice en pluridisciplinarité, le médecin traitant peut recourir à des **médecins spécialistes correspondants de second recours**.

**Le médecin psychiatre en ville** intervient essentiellement dans l'évaluation et la prise en charge des comorbidités psychiatriques. Il peut être mobilisé pour :

- assurer l'évaluation psychopathologique du patient ;
- préciser les déterminants psychologiques de la douleur chronique ;
- évaluer les comorbidités psychiatriques (anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatisique, etc.), ou une addiction ;
- assurer les traitements médicamenteux ou non médicamenteux (psychothérapie, etc.) des comorbidités psychiatriques.

**Les autres médecins spécialistes de premier ou second recours en ville** prennent en charge, selon leurs spécialités, certains types de douleur chronique (tableau 3 – liste non exhaustive).

Ces médecins spécialistes sont aussi une porte d'entrée du parcours. Ils ont pour missions de :

- poser un diagnostic étiologique ou syndromique ;
- évaluer et/ou prendre en charge certaines douleurs chroniques selon leur spécialité ;
- assurer des traitements spécialisés en ville ;
- assurer un suivi spécialisé, en lien avec le médecin traitant.

Tableau 4. Les douleurs prises en charge selon les spécialités (liste non exhaustive)

Spécialités	Douleurs selon la classification internationale des maladies (CIM-11)
Neurologie	Céphalées primaires (MG30.03) Céphalées secondaires (MG30.6) Douleur post-chirurgicale ou post-traumatique (MG30.2) avec composante neuropathique possible ou probable Douleur neuropathique secondaire périphérique et centrale (MG30.5)
Stomatologie	Douleur oro-faciale primaire (MG30.03) Douleur oro-faciale chronique secondaire (MG30.6)
Rhumatologie Médecine physique et de réadaptation	Douleur chronique diffuse (MG30.01) Douleur musculosquelettique primaire (MG30.02) Douleur musculosquelettique chronique secondaire (MG30.3) Syndrome douloureux régional complexe (8D8A.0) Douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique (MG30.2) avec composante musculosquelettique possible ou probable

Spécialités	Douleurs selon la classification internationale des maladies (CIM-11)
Gynécologie/Ostéotélique Urologie Gastro-entérologie	Douleur viscérale primaire (MG30.00) Douleur viscérale chronique secondaire (MG30.4)
Cancérologie	Douleur chronique liée au cancer (MG30.1), causée par la maladie cancéreuse elle-même ou par son traitement spécifique
Pédiatrie	Douleur chez les enfants et les adolescents
Gériatrie	Douleur chez les personnes très âgées

**D'autres professionnels, hors du champ des soins et/ou qui ne sont pas des professionnels de santé**, peuvent être mobilisés pour le parcours.

**Les enseignants APA-S** (master STAPS), qui ne sont pas des professionnels de santé, peuvent, sur prescription médicale :

- effectuer un bilan de la condition physique et des habiletés fonctionnelles du patient ;
- élaborer, dispenser et superviser un programme d'activité physique adaptée (APA) en thérapeutique non médicamenteuse et accompagner la personne vers un changement de mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire (cf. guide de consultation et de prescription d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte, HAS 2022).

**L'assistant de service social**, communal, territorial ou attaché à un établissement sanitaire, intervient pour des difficultés économiques, d'insertion, familiales ou de logement. Il est tenu au secret professionnel. Il peut :

- évaluer la situation sociale, économique et familiale de la personne ;
- assurer le conseil et l'orientation sociale de celle-ci et son accompagnement sur la base d'un projet.

**Le médecin du travail** assure la surveillance de l'état de santé physique et mentale des travailleurs. Il doit les conseiller sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels. Il peut :

- sensibiliser les travailleurs et les entreprises sur les risques de troubles musculosquelettiques (TMS) et dans l'idéal modifier les process pour les éviter ;
- repérer les TMS, avec l'infirmier au travail, et orienter un salarié douloureux vers son médecin traitant (ou directement à une SDC en l'absence de médecin traitant) ;
- en cas d'arrêt de travail en lien avec une douleur persistante ou chronique, et avec l'accord du salarié, il a la possibilité de :
- envisager une prise de contact précoce (1 à 3 mois) avec le médecin traitant, par l'intermédiaire du patient/salarié et avec son accord, afin de prévenir au mieux les conséquences professionnelles de la douleur et/ou en évaluer les déterminants professionnels ;
- avec le soutien de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle, proposer des aménagements de poste de travail avec l'aide d'un ergonome ou d'un ergothérapeute, d'un psychologue du travail et/ou d'un infirmier au travail, ou proposer un essai encadré avec l'accord du médecin conseil de la Sécurité sociale ;

- aider à la reconversion des salariés avec la CARSAT ou Cap Emploi pour les travailleurs handicapés bénéficiaires de RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé).

**Les médecins de l'Éducation nationale**, médecins scolaires et médecins du service de santé universitaire (SSU) assurent le suivi sanitaire des élèves et des étudiants, avec le concours de l'infirmier scolaire et d'un assistant de service social et, au besoin, d'un psychologue scolaire. Ils peuvent procéder à des adaptations qui visent à favoriser la poursuite de scolarité ou d'études en tenant compte des besoins spécifiques du jeune, et dans ce cadre :

- participer au dépistage des douleurs chroniques et orienter les élèves vers leur médecin traitant, leur pédiatre, la protection maternelle et infantile (PMI) ou le service de santé universitaire ;
- intervenir avec leur équipe et l'équipe éducative pour adapter l'environnement scolaire et/ou l'enseignement à la situation de l'élève avec : le projet d'accueil individualisé (PAI) pour la scolarité, la demande d'aménagement aux examens ou concours et d'autres dispositifs (APADHE, IEF) en cas de déscolarisation.

**Le médecin conseil de la Sécurité sociale** intervient auprès des assurés et des professionnels de santé. Il accompagne l'application des politiques de prévention, de promotion des services en santé et d'accès aux soins par des actions d'information, et crée les conditions d'accompagnement du parcours des patients atteints de pathologies chroniques. Il peut être interpellé par le médecin traitant, avec l'accord du travailleur, lors d'un arrêt de travail prolongé ou d'une invalidité, notamment ceux liés à une douleur chronique. Il donne son accord pour les essais encadrés.

### 3. Le deuxième niveau : les consultations d'évaluation et de traitement de la douleur chronique

#### 3.1. Les structures douleur chronique, un maillage territorial

Les consultations et centres spécialisés dédiés à l'évaluation et au traitement de la douleur chronique (structure douleur chronique – SDC) sont obligatoirement rattachés à un établissement de santé public ou privé.

Elles sont **polyvalentes**, c'est-à-dire en capacité de traiter l'ensemble des patients douloureux au moyen d'une offre de soins diversifiée, à l'exception de celles concernées par un exercice exclusif (oncologique et pédiatrique).

Tous les territoires français disposent d'une SDC, qui, selon le territoire, est une consultation d'évaluation et de traitement de la douleur chronique (niveau 2) ou un centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique (niveau 3). Les centres ont les missions de niveau 2 des consultations, et en sus des missions qui leur sont propres, de niveau 3.

Règlementairement (13), il est recommandé d'avoir au moins par région : un centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, une SDC pédiatrique et une SDC polyvalente référente dans la prise en charge de l'endométriose.

Les SDC peuvent assurer des **permanences avancées** (PA) au sein d'autres établissements de santé publics ou privés ou de structures d'exercice coordonné des soins (centres de santé ou MSP) situés dans un rayon circonscrit par rapport à la SDC de rattachement (30 à 60 km de distance ou 1 heure de temps de trajet par la route ou les transports en commun).

## Patient douloureux en niveau 1

- Douleur aiguë survenant dans un contexte comportant un risque connu de chronicisation
- Douleur persistante depuis plusieurs semaines après une survenue aiguë
- Douleur chronique établie (durée de plus de 3 mois)

Médecin traitant ou spécialiste de premier recours

### Diagnostic étiologique, lésionnel ou physiopathologique

- Éliminer les situations d'urgence (drapeaux rouges)
- Repérer les facteurs de chronicisation (drapeaux jaunes)

### Évaluation initiale d'une douleur chronique ou persistante

- Grille de première évaluation (HAS)
- Auto-questionnaire patient (HAS)

### Situation complexe

médicale ou psychosociale

### Évaluation pluriprofessionnelle +/- multidisciplinaire en ville

- Équipe de soins primaires (ESP) et spécialistes de second recours
- Autres organisations d'exercice en soins coordonnés : communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), centre de santé (CdS)

Selon la situation :

- Réunion de synthèse pluriprofessionnelle (RSP)
- Élaboration d'un projet personnalisé de coordination en santé (PPCS)
- Désignation d'un « référent parcours douleur » en ville
- Sollicitation d'un dispositif d'appui à la coordination (DAC)
- Mobilisation d'autres acteurs : médecin du travail, médecin de l'éducation nationale, assistant de service social, enseignant APA...

### Interface avec le niveau 2

#### Services de la structure douleur chronique (SDC)

- Avis ou accès facilités :
- *hotline* dédiée aux médecins de premier recours
  - dispositif « coupe-fil »
  - permanence avancée
- Autres sollicitation avec le formulaire d'adressage :
- téléconsultation
  - tél-expertise
  - autres services de télésanté

#### Services hospitaliers de spécialité

- Selon le type de douleur pris en charge :
- *hotline* spécialisée, téléconsultation, tél-expertise...

### TraITEMENT pluriprofessionnelle +/- pluridisciplinaire de niveau 1

+/- avec le soutien en distanciel du niveau 2

Douleur chronique rebelle résistant aux traitements bien conduits en ville, recours à des moyens non disponibles en ville, consultation en spécialisée de niveau 2 justifiée

Adressage en consultation présentielle au niveau 2 du parcours

### Structure spécialisée douleur chronique de niveau 2 (SDC)

- Formulaire d'adressage à une SDC (HAS)

### Service hospitalier de spécialité

- Lettre de liaison

Figure 3. Parcours du patient douloureux chronique, niveau 1

### **3.2. Les patients en SDC de niveau 2**

Les types de douleurs relevant d'une SDC de niveau 2 sont :

- **douleurs rebelles chroniques ou persistantes en voie de chronicisation**, qui ne répondent pas aux traitements habituels bien conduits, c'est-à-dire qui ne permettent pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur, ni une qualité de vie acceptable pour le patient, et/ou occasionnent des effets indésirables, intolérables et/ou incontrôlables ;

NB. Cette définition intègre les notions « de soins habituels » qui peuvent être amenés à varier avec les pratiques des médecins du premier niveau et le parcours de soins mis en place.

- **douleurs chroniques nécessitant une prise en charge intégrative ou « urgente » ne pouvant être réalisée qu'en SDC.**

Ces douleurs chroniques prises en charge en niveau 2 correspondent à diverses situations cliniques :

- biomédicale :
- les traitements accessibles en ville ne permettent pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur, et sont sujets à des modifications fréquentes, avec un soulagement insuffisant,
- une multiplicité d'évaluations et de prises en charge en ville se succèdent sans résultat probant,
- un mésusage des traitements à visée antalgique survient, ou une conduite addictive, avec un sevrage difficile à mettre en œuvre en ville,
- des comorbidités ou complications importantes existent, en particulier une pathologie psychiatrique ou une addiction,
- un traitement antalgique de palier 3 (opiacés) est envisagé au long cours pour une douleur chronique non cancéreuse, pour lequel la mise en place en ville ne semble pas souhaitable ;
- psychosociale :
- il existe des retentissements familiaux, professionnels ou scolaires importants, prévisibles ou présents,
- il existe des situations sociales complexes (arrêt de travail prolongé, litiges en cours professionnels, judiciaires et/ou assuranciels),
- les patients sont vulnérables ou dyscommunicants et ne peuvent pas être évalués ou pris en charge facilement en niveau 1 ;
- ressources et organisations :
- la douleur ne peut pas être évaluée et/ou prise en charge en ambulatoire par manque de ressources professionnelles ou d'organisation en ville,
- le type de douleur chronique nécessite le recours à une thérapeutique non disponible en ville : médicaments à usage hospitalier strict et autres thérapeutiques, techniques ou programmes de prise en charge à l'efficacité prouvée dans la pathologie considérée et disponibles uniquement à l'hôpital.

Il est à noter que certaines douleurs chroniques primaires, définies par la CIM-11 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 non liés à une autre maladie chronique », relèvent souvent du niveau 2.

Selon la situation clinique et le contexte psychosocial, les ressources en ville et les services d'interface mis à disposition par la SDC dans le territoire, la sollicitation du niveau 2 par le médecin traitant pourra relever d'une consultation en présentiel ou d'un service de télémédecine.

### **3.3. Le parcours clinique des patients en SDC de niveau 2**

Dans le cadre d'une prise en charge de niveau 2, le parcours du patient douloureux chronique se compose d'une part du parcours clinique du patient au sein de la SDC, d'autre part d'un suivi en parallèle par les professionnels de ville, en particulier par le médecin traitant.

En SDC, la réception des demandes de prises en charge est réalisée par un secrétariat. Une première analyse de la demande est effectuée conjointement avec le médecin ou avec l'infirmier de ressource douleur (IRD).

Dans tous les cas, le médecin évalue la demande de façon à orienter le parcours clinique du patient au sein de la SDC, selon qu'il s'agisse d'un patient antérieurement reçu par la SDC ou d'un nouveau patient.

#### **3.3.1. Les modalités d'adressage en SDC de niveau 2**

Afin d'améliorer la fluidité du parcours et d'adapter au mieux le parcours clinique du patient, l'adressage en SDC de niveau 2 du patient douloureux chronique ou en voie de chronicisation devrait répondre à certaines règles :

- les patients doivent être envoyés à la SDC par le médecin traitant ou un médecin spécialiste de premier ou second recours en ville (après avis du médecin référent du patient pour sa pathologie, s'il existe) (13) ;
- le médecin devrait utiliser le formulaire d'adressage à une SDC (annexe 3), auquel peut être associée une lettre de liaison, envoyé(s) par courrier ou via la messagerie sécurisée. En cas de manque d'information, il sera demandé par la SDC à l'adresseur de les compléter, de façon téléphonique, par courrier ou par courriel ;
- sauf exception, les nouveaux patients devraient avoir bénéficié d'une première évaluation en ville (grille d'évaluation d'une douleur chronique en soins primaires, annexe 1) et rempli l'auto-questionnaire d'une personne douloureuse chronique en soins primaires (annexe 2).

#### **3.3.2. Les différents parcours cliniques au sein de la SDC de niveau 2**

Les patients douloureux chroniques ou en voie de chronicisation adressés à la SDC relèvent de trois modes de recours : 1) sollicitation urgente ; 2) demande de prise en charge spécifique ; 3) demande de prise en charge globale programmée après prise de rendez-vous ; et de deux situations : 1) patient connu par la SDC, ou 2) nouveau patient (non connu).

##### **1. La sollicitation urgente**

La demande urgente est réalisée au mieux via le formulaire d'adressage en SDC (annexe 3). En cas de manque d'information, il est demandé à l'adresseur de préciser le motif de sa demande et d'en argumenter le caractère urgent, de façon téléphonique, par courriel ou par courrier.

Ces patients sont reçus au sein de la SDC dans le cadre du dispositif « coupe-file », avec plages d'agenda dédiées.

Deux situations sont possibles :

- **le patient est connu**, et selon la nature du besoin évalué, il peut justifier alternativement de :
  - une nouvelle consultation médicale d'évaluation, éventuellement en distanciel (téléconsultation ou télé-expertise),
  - une prise en charge spécifique, dont une évaluation et/ou un soin réalisés par le professionnel de la SDC requis (en particulier IRD ou psychologue) ;

- **le patient n'est pas connu**, et selon la nature du besoin évalué obligatoirement avec le médecin traitant, il peut justifier alternativement de :
  - une première consultation médicale d'évaluation en présentiel par le médecin de la SDC, avant toute autre prise en charge au sein de la SDC,
  - une prise en charge spécifique non invasive en urgence ou rapide dont une évaluation et/ou un soin, réalisés par le professionnel de la SDC requis (en particulier IRD ou psychologue), obligatoirement associés à une évaluation par le médecin de la SDC.

## 2. La demande de prise en charge spécifique

La demande de prise en charge spécifique doit être argumentée au travers du formulaire d'adressage à une SDC (annexe 3), doit préciser les divers éléments clés de la situation, et être assortie de la confirmation d'un suivi global et coordonné par le médecin traitant et le cas échéant l'ESP.

Deux situations sont possibles :

- **le patient est connu**, et selon la nature du besoin, le plus souvent déjà identifié, il peut justifier alternativement de :
  - une nouvelle consultation médicale d'évaluation avant tout soin, éventuellement en distanciel (téléconsultation),
  - une prise en charge spécifique par un professionnel de la SDC pour un soin spécifique (médecin, IRD, autre soignant) ou un accompagnement (psychologue), éventuellement par télessoin ;
- **le patient n'est pas connu**, et selon la nature du besoin évalué obligatoirement avec le médecin traitant, il peut justifier alternativement de :
  - une première consultation médicale d'évaluation en présentiel par le médecin de la SDC, avant tout acte par la SDC,
  - une première évaluation par l'IRD et une prise en charge spécifique par un professionnel de la SDC, obligatoirement assortie d'une évaluation complémentaire en présentiel ou à défaut en distanciel par le médecin de la SDC.

## 3. La demande de prise en charge globale programmée après prise de rendez-vous

La demande de prise en charge globale programmée peut être réalisée au travers du formulaire d'adressage en SDC (annexe 3), auquel peut être associée une lettre de liaison du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste de premier recours en ville, précisant les diverses problématiques identifiées, idéalement à la suite de la première évaluation du patient douloureux chronique en ville grâce à la grille d'évaluation d'un patient douloureux chronique en soins primaires (annexe 1) et l'auto-questionnaire du patient (annexe 2).

La demande est accompagnée de ces documents et des résultats ou comptes-rendus des examens déjà réalisés, de la dernière ordonnance et, éventuellement, du PPCS ou de son équivalent élaboré en ville.

Deux situations sont possibles :

- **le patient est connu** : la demande est une prise en charge globale avec nouvelle évaluation médicale par le médecin de la SDC en présentiel ;
- **le patient n'est pas connu** : la demande est une prise en charge globale avec une première évaluation médicale par le médecin de la SDC en présentiel.

Ces évaluations médicales peuvent être réalisées en pluriprofessionnalité en présence de l'IRD ou du psychologue.

En cas de difficultés, le médecin de la SDC peut solliciter l'avis de médecins spécialistes de son établissement de rattachement (pluridisciplinarité) et avoir recours à l'assistant de service social de l'établissement.

Il peut solliciter d'autres acteurs en dehors du soin, tels que le médecin du travail, médecin de l'Éducation nationale, médecin de l'autonomie (services du département) en lien avec le patient.

### 3.3.3. La coordination clinique entre la SDC et la ville

**Une prise en charge en niveau 2 n'interrompt pas celle réalisée en niveau 1 mais la complète,** et doit être mise en cohérence avec celle-ci.

La coordination de cette prise en charge articulée entre acteurs de ville et SDC s'organise au travers de temps et d'outils d'échange, partage et concertation (cf. chapitre services de l'interface) :

- **après un acte spécifique** par un professionnel de l'équipe de la SDC : adressage d'un compte-rendu par le professionnel au médecin traitant et si indiqué à l'ESP, qui va être inséré dans le PPCS quand il existe ;
- **après une évaluation spécifique** par un professionnel de l'équipe de la SDC : adressage d'un compte-rendu par le professionnel au médecin traitant et si indiqué à l'ESP, qui va compléter la synthèse réalisée en ville et permettre d'amender le PPCS quand il existe ;
- **après évaluation globale par l'équipe de la SDC** : adressage d'une synthèse par la SDC au médecin traitant et si indiqué à l'ESP, qui constitue un nouveau PPCS et s'appuie sur celui réalisé antérieurement en ville, incluant les consultations et actes réalisables par les professionnels de ville.

Dès que nécessaire, une **réunion de synthèse pluridisciplinaire** (RSP) est organisée par la SDC avec invitation du médecin traitant et du référent parcours douleur en ville, éventuellement en distanciel.

En cas de prise en charge par la SDC, le médecin peut désigner un « référent parcours douleur de la SDC », le plus souvent l'IRD, pour assurer un suivi du patient et aider à la coordination des acteurs de la SDC et des acteurs de ville.

De façon quotidienne et selon les évènements significatifs concernant le patient qu'un professionnel souhaite échanger avec tous les acteurs autour du patient, la messagerie sécurisée ou la messagerie mise en place par le GRADeS sont des outils privilégiés.

Dans certaines situations difficiles ou complexes, le médecin de la SDC peut solliciter un centre de niveau 3, pour une évaluation, une prise en charge spécifique, et/ou demander la tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), éventuellement en distanciel, avec invitation du médecin traitant et du référent parcours douleur en ville. Si nécessaire, il peut mobiliser le dispositif coupe-file.

## 3.4. Les missions des SDC de niveau 2

Les consultations d'évaluation et de traitement de la douleur chronique ont des missions réglementaires, organisationnelles et soignantes, définies par décret<sup>1</sup> (cf. argumentaire pages 116-117). Dans le cadre de ce parcours de santé, des missions complémentaires sont proposées.

---

<sup>1</sup> [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.

Les consultations spécialisées sont **polyvalentes** et assurent une prise en charge **spécialisée pluriprofessionnelle de proximité**.

### 3.4.1. Des missions organisationnelles réglementaires

Les consultations **collaborent au sein de leur établissement** à l'amélioration de la prise en charge de la douleur :

- elles participent 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 patients hospitalisés) ;
- les patients de l'établissement ont accès à la structure. Les représentants des usagers sont informés de l'existence de la SDC.

Les consultations **collaborent avec la ville** :

- elles travaillent en lien avec les professionnels libéraux (médecins traitants notamment) en assurant la transmission des informations concernant la prise en charge de leurs patients (compte-rendu, courrier...) ;
- elles sont ouvertes 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 souhaité.

### 3.4.2. Des missions soignantes réglementaires

**Les consultations** ont pour missions soignantes :

- organiser l'accueil en consultation du patient adressé à la consultation, toujours avec un médecin de la SDC en première ou deuxième ligne ;
- réaliser une évaluation biopsychosociale de la douleur chronique en pluriprofessionnalité. Dans ce parcours, elle devrait être réalisée en subsidiarité de la première évaluation réalisée en ville par le médecin traitant et au besoin l'ESP (annexe 1) ;
- si nécessaire, organiser une réunion de synthèse pluriprofessionnelle (RSP) en interne, au mieux en invitant le médecin traitant, y compris par visioconférence ;
- définir un projet personnalisé de coordination en santé (PPCS) sur la base de l'évaluation pratiquée, le proposer au patient, le formaliser, le tracer dans le dossier médical, et le diffuser aux professionnels impliqués dans le suivi, en particulier au médecin traitant et l'ESP ;
- si indiqué, mettre en œuvre une prise en charge pluriprofessionnelle au sein de la SDC ;
- établir des liens avec l'environnement socio-professionnel, familial, scolaire, associatif et médical du patient (dont son médecin traitant) pour favoriser un parcours de santé individualisé, adapté et de qualité ;
- pour les cas posant problème, solliciter un centre partenaire (niveau 3) pour organiser une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), y compris par visioconférence ;

---

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.

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 douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016.

- après évaluation ou en fin de prise en charge par la SDC, organiser le relais en ville, en accord avec le médecin traitant et en collaboration avec les autres acteurs de ville impliqués dans le parcours de santé du patient.

#### **Les permanences avancées (PA) :**

- la SDC peut déployer des PA au sein d'autres établissements de santé publics ou privés ou de structures d'exercice coordonné des soins (centres de santé ou MSP). Une convention est formalisée entre la SDC de rattachement et la structure qui héberge la PA, qui décrit notamment la mise à disposition des personnels de la SDC, l'organisation des parcours des patients et les modalités de RSP ou RCP communes, ainsi que les heures/jours d'ouverture de la PA. La PA participe aux RCP de sa SDC de rattachement ;
- la PA assure des consultations médicales et des consultations IRD (infirmier ressource douleur) sur une à deux journées par semaine maximum, selon les modalités définies par convention.

#### **3.4.3. Les missions complémentaires proposées dans le cadre du parcours**

Le développement des évaluations et des prises en charge des patients douloureux chroniques en ville (niveau 1) nécessite un soutien fort par les SDC, avec l'établissement d'un dialogue et la création de nouveaux services d'interface. Aux missions réglementaires des SDC, il conviendrait d'ajouter les missions suivantes (cf. chapitre services de l'interface) :

- développer des services d'interface avec la ville, au mieux en partenariat avec les CPTS du territoire quand elles existent, ou avec les MSP et les CdS, afin de favoriser les prises en charge des patients en ville ;
- déployer la télémédecine pour favoriser les prises en charge complexes en ville, et donner accès aux consultations des SDC aux territoires isolés et/ou aux personnes à mobilité réduite, institutionnalisées ou dyscommunicantes ;
- assurer un transfert des savoirs et savoir-faire sur la douleur aux professionnels de ville, en particulier aux médecins traitants, par un compagnonnage lors des prises en charge conjointes, des RSP ou RCP ouvertes à la ville, et par des formations en s'appuyant sur les nouvelles technologies de l'information, comme le télémentorat.

### **3.5. Les moyens humains et matériels des SDC de niveau 2**

Au regard de ces missions réglementaires, les consultations spécialisées ont **des moyens humains et matériels définis par décret<sup>2</sup>**.

Les consultations spécialisées sont obligatoirement rattachées à un établissement de santé public ou privé. Leurs locaux sont regroupés. Elles ont au moins deux salles de consultation, deux demi-journées par semaine.

Elles sont sous la responsabilité d'un médecin diplômé douleur ou en cours de formation qui assure au minimum 3 demi-journées par semaine dédiées à la globalité de son activité (c'est-à-dire soin, coordination administrative, communication). Le temps médical cumulé de la SDC est d'au moins 0,5 ETP.

---

<sup>2</sup> [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.

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.

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 douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016.

Le temps cumulé minimal en personnels non médicaux hors secrétariat (IDE, psychologue, etc.) est de 1,5 ETP.

Le temps minimal en secrétariat est de 0,5 ETP. Un accueil téléphonique avec un numéro dédié est assuré, au minimum sur les jours d'ouverture de la SDC. Une procédure d'accès est formalisée pour les nouveaux patients. Une procédure d'organisation des prises en charge prioritaires est formalisée (exemples : plages horaires dédiées à la prise en charge des urgences ; dispositif coupe-file).

La 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. Les avis doivent être tracés dans le dossier du patient.

Un accès à une assistante sociale doit être possible dans l'établissement de rattachement ou hors établissement (par convention).

Les consultations spécialisées doivent assurer un seuil d'activité minimal de 500 consultations médicales externes par an, et organiser des réunions de synthèse pluriprofessionnelles (RSP) au minimum tous les mois.

Dans le cadre du parcours et des missions complémentaires proposées, les moyens des consultations spécialisées devraient être réajustés, tant pour leur bon fonctionnement que pour leur pérennité, leur ancrage territorial et l'articulation ville/hôpital.

### 3.6. Les professionnels des SDC et leurs missions

Les SDC mobilisent des professionnels, chacun dans leurs missions, selon leurs compétences et leurs responsabilités.

Le tableau 5 reprend les missions, compétences et responsabilités des professionnels exerçant en SDC (de niveau 2 ou 3).

Tableau 5. Les professionnels des SDC (consultations et centres), missions, compétences et responsabilités

Professionnels et compétences	Missions au sein de la SDC
<b>Le secrétaire</b>  Connaissance de la dimension spécifique de la douleur chronique et de ses enjeux  Faculté d'écoute des patients  Connaissance de l'organisation de la SDC et du parcours clinique du patient au sein de la SDC  Connaissance des ressources pour la douleur chronique dans le territoire	Assurer l'accueil du patient  Saisir la nature et l'urgence éventuelle des demandes et hiérarchiser la sollicitation des membres de l'équipe de la SDC  Être en lien avec chaque membre de l'équipe de la SDC, participer à la rédaction de la procédure d'accès des nouveaux patients à la SDC, de la procédure de prise en charge prioritaire justifiant un coupe-file, et à l'orientation du patient auprès d'une SDC alternative de proximité  Participer à la réunion de synthèse d'équipe concernant les patients  Contribuer à l'amélioration des pratiques de la SDC

Professionnels et compétences	Missions au sein de la SDC
<p><b>Le médecin de la SDC</b></p> <p>Pour le médecin responsable de la SDC, au minimum être diplômé douleur ou en cours de formation (une capacité douleur, un DESC ou une FST, ou en deuxième année de capacité)</p> <p>Pour le médecin de la permanence avancée, au minimum avoir un DU douleur</p>	<p>Assurer la consultation médicale initiale et de suivi et faire la synthèse de l'évaluation pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire, afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– poser un diagnostic médical étiologique, lésionnel et/ou physiopathologique</li> <li>– prescrire la prise en charge : traitements médicamenteux, traitements non médicamenteux et techniques interventionnelles à visée antalgique</li> <li>– Assurer la responsabilité de :</li> <li>– la coordination des évaluations des patients</li> <li>– la mise en œuvre et du suivi du projet thérapeutique élaboré en équipe</li> <li>– la mise en lien avec les acteurs ambulatoires auprès des patients et les services spécialisés auxquels ils peuvent avoir recours</li> </ul>
<p><b>L'infirmier ressource douleur (IRD)</b></p> <p>Dans les SDC et les permanences avancées, l'infirmier a un DU ou DUI douleur acquis ou en cours</p> <p>L'infirmier exerce sur prescription médicale et en mobilisant ses compétences propres, éventuellement dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels</p> <p>Compétences en lien direct avec le médecin, dont la surveillance de l'évolution de la pathologie douloureuse chronique et des effets secondaires des traitements prescrits</p> <p>Compétences en autonomie, indépendante du médecin : diagnostic infirmier et habiletés techniques et relationnelles, mise en œuvre d'approches complémentaires (selon formation)</p> <p>La SFETD a défini un <a href="#"><u>référentiel d'activité et de compétence de l'infirmier ressource douleur</u></a></p>	<p>Posture générale de soignant ressource auprès de l'ensemble des équipes soignantes de l'établissement et du secteur ambulatoire, et auprès des patients et de leur entourage (en particulier, s'il est choisi comme référent parcours douleur pour la SDC)</p> <p>Réaliser des actes infirmiers sur prescription médicale ou relevant du rôle autonome de l'IRD, notamment techniques psychocorporelles ou de neuromodulation non invasive</p> <p>Réaliser une consultation infirmière selon une approche systémique du patient, pour un enrichissement de l'entretien médical et de l'entretien psychologique, de trois types :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– (1) consultation de 1<sup>re</sup> ligne et 1<sup>er</sup> recours : l'IRD voit le patient directement adressé par le médecin traitant ou le médecin spécialiste de ville avant le médecin de la SDC</li> <li>– (2) consultation de 1<sup>re</sup> ligne et 2<sup>e</sup> recours : l'IRD voit le patient adressé par le médecin de la SDC</li> <li>– (3) consultation de 2<sup>e</sup> ligne : l'IRD répond à la sollicitation d'une équipe soignante pour un patient hospitalisé dans l'établissement ou pris en charge en ambulatoire, avec l'accord du médecin responsable de la SDC</li> </ul> <p>Dans le contexte d'organisation actuelle des SDC et des ressources qui leur sont allouées, la consultation infirmière revêt trois formes :</p>

Professionnels et compétences	Missions au sein de la SDC
	<p>(1) La consultation infirmière initiale, qui comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– une anamnèse : la douleur, sa genèse et le contexte de vie dans lequel elle s'inscrit ; son retentissement dans le quotidien, sur la qualité de vie personnelle et professionnelle et l'état émotionnel du patient ; les représentations et les croyances liées à cette douleur et les attentes du patient ; l'observance des traitements prescrits, y compris ceux non recommandés par les professionnels de santé ; le recensement des ressources personnelles, familiales, sociales, etc., dont le patient dispose</li> <li>– un examen clinique infirmier qui permet d'évaluer diverses capacités du patient</li> <li>– une synthèse avec l'élaboration d'un diagnostic infirmier, qui vient compléter le diagnostic médical et met à disposition des propositions de prise en charge infirmière et globale</li> </ul> <p>(2) Les consultations de suivi infirmier, qui permettent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– une réévaluation régulière de la situation du patient et des effets de la prise en charge</li> <li>– la mise en place de divers actes infirmiers ou de nature à être effectués par l'IRD</li> <li>– une éducation pour la santé, ou une participation à un programme d'éducation thérapeutique</li> <li>– la rédaction d'une synthèse à destination du médecin de la SDC et du médecin traitant</li> </ul> <p>(3) La consultation infirmière de clôture, qui permet d'évaluer les résultats de la prise en charge par l'IRD</p> <p>L'IRD participe aux RSP, aux RCP et aux réunions d'équipe, ainsi qu'à l'élaboration du projet de service et à l'amélioration des pratiques, dont le parcours clinique du patient au sein de la SDC</p>
<b>Le psychologue clinicien</b> Formation universitaire de niveau master ou docteur en psychologie (titre protégé) DU ou DIU douleur acquise ou en cours, ou formation continue sur la douleur, type DPC ou autre Travail en équipe, tout en conservant une autonomie d'exercice	Tous les patients douloureux chroniques, sauf exception, doivent pouvoir bénéficier selon le besoin d'une évaluation psychologique En pratique, et compte tenu des moyens mis à disposition des SDC, les indications habituelles sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>– les situations de traumatismes, troubles thymiques, antécédents psychopathologiques, et/ou de besoin de prise en charge psychologique</li> </ul>

Professionnels et compétences	Missions au sein de la SDC
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– au préalable de la mise en place de traitements médicaux spécifiques selon les recommandations de la HAS (par exemple : une stimulation médullaire)</li> <li>– les situations d'échappement ou d'échecs thérapeutiques itératifs</li> <li>– une demande explicite du patient</li> <li>– une décision du psychologue partagée avec l'équipe de la SDC lors d'une RSP</li>   <li>– Le psychologue assure une évaluation psychologique, une prise en charge thérapeutique et un suivi psychologique du patient</li> </ul> <p>(1) L'évaluation psychologique, au cours d'une ou plusieurs consultations, se construit selon trois axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'analyse psychopathologique (personnalité, thymie, antécédents psychopathologiques)</li> <li>– l'évaluation des déterminants psychologiques de la douleur</li> <li>– l'analyse des conséquences psychologiques de la douleur, des facultés d'adaptation à la douleur et des possibilités d'acceptation d'une thérapeutique antalgique spécifique</li> </ul> <p>Elle s'appuie sur différents outils ou moyens (grille d'analyse, questionnaires, projectifs...) choisis par le psychologue, selon la situation clinique et le profil du patient</p> <p>Elle permet de préciser le vécu de la douleur par le patient, au sein de sa famille et de son environnement social, afin de questionner et d'enrayer si nécessaire l'escalade des demandes des examens cliniques et paracliniques, la surconsommation de soins ou le nomadisme médical</p> <p>Elle donne accès aux déterminants psychologique et psychopathologique de la douleur, et peut aider le patient et les équipes soignantes à comprendre ce qui peut mettre en échec les propositions thérapeutiques et à réfléchir à l'élaboration d'une alternative thérapeutique éventuelle</p> <p>(2) La prise en charge thérapeutique du patient : psychothérapie, EMDR, TCC, hypnose, relaxation, ou toute autre technique selon la formation acquise</p> <p>(3) Le suivi de l'évolution et/ou l'accompagnement psychologique lors de prises en charge spécifiques (exemples : phase d'annonce, aggravation ou complication, neurostimulation implantée, etc.)</p>

<b>Professionnels et compétences</b>	<b>Missions au sein de la SDC</b>
	Par ailleurs, le psychologue participe aux RSP, aux RCP et aux réunions d'équipe, ainsi qu'à l'élaboration du projet de service et à l'amélioration des pratiques, dont le parcours clinique du patient au sein de la SDC

La prise en charge au niveau 2 n'interrompt pas le suivi en niveau 1

### Patient douloureux en niveau 2 (SDC)

- Douleurs rebelles chroniques ou persistantes en voie de chronicisation
- Douleurs chroniques nécessitant une prise en charge intégrative ou « urgente » ne pouvant être réalisée qu'en SDC

*Tous les types de douleur*



### Consultation ou centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique

(dans les missions qui leur sont communes)

- Formulaire pour adressage à une SDC (HAS)

#### Sollicitation urgente

(Coupe-file si en présentiel)

##### Le patient est connu de la SDC

- Une nouvelle consultation médicale d'évaluation, éventuellement en distanciel
- Une prise en charge spécifique, par le professionnel de la SDC requis (en particulier IRD ou psychologue)

##### Le patient n'est pas connu

- Une première consultation médicale d'évaluation en présentiel, avant toute autre prise en charge en SDC
- Une prise en charge spécifique non invasive rapide par un professionnel de la SDC, obligatoirement associée à une évaluation par le médecin

#### Demande de prise en charge spécifique

##### Le patient est connu de la SDC

- Une nouvelle consultation médicale d'évaluation avant tout soin, éventuellement en distanciel
- Une prise en charge spécifique par un professionnel de la SDC pour un soin (médecin, IRD, autre) ou un accompagnement (psychologue), éventuellement par télésoin

##### Le patient n'est pas connu

- Une première consultation médicale d'évaluation avant tout acte, éventuellement en distanciel
- Une première évaluation par l'IRD et prise en charge spécifique par un professionnel de la SDC, obligatoirement assoortie d'une évaluation complémentaire en présentiel ou à défaut en distanciel par le médecin

#### Demande de prise en charge globale

(programmée après prise de rendez-vous)

##### Le patient est connu de la SDC

- Une nouvelle consultation médicale d'évaluation en présentiel

##### Le patient n'est pas connu

- Une première consultation médicale d'évaluation en présentiel

### Évaluation médicale globale en équipe pluriprofessionnelle

+/- pluridisciplinaire par un recours à des médecins spécialistes de ES de rattachement

#### Évaluations ou soins spécifiques par un professionnel de la SDC

+/- une consultation médicale, et toujours si le patient n'est pas connu de la SDC

Réunion de synthèse pluriprofessionnelle (RSP)

Projet personnalisé de coordination en santé (PPCS)

+/- Référent parcours en SDC

#### Prise en charge possible en ville

#### Besoin de prise en charge spécifique de niveau 2

#### Situation difficile ou complexe pour une prise en charge niveau 2

#### Retour en niveau 1

#### Prise en charge en niveau 2

#### Sollicitation du niveau 3

(consultation et/ou RCP)

Figure 4. Niveau 2 du parcours – Les consultations et centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, dans les missions qui leur sont communes

## 4. Le deuxième niveau : les services hospitaliers de spécialité

Les services hospitaliers de spécialité prennent en charge certains types de douleurs chroniques primaires ou secondaires selon leurs spécialités respectives, en consultation ou en hospitalisation de jour ou en internat, avec ou sans actes techniques.

Ils sont généralement plus rapidement mobilisables qu'une SDC, mais l'évaluation des déterminants psychosociaux de la douleur chronique est la plupart du temps moins centrale que dans les SDC, à l'exception de certaines spécialités.

Ces services hospitaliers peuvent proposer aux médecins de ville ou aux patients des services de télémédecine, des RCP, ou une hotline (par exemple : SOS migraine, hotline pour les rachialgies chroniques, etc.).

### 4.1. Les patients douloureux chroniques des services de spécialité

Les types de douleur relevant d'une consultation ou d'une hospitalisation dans un service hospitalier de spécialité de niveau 2 sont :

- **douleurs rebelles** chroniques ou persistantes en voie de chronicisation, qui ne répondent pas aux traitements habituels bien conduits, c'est-à-dire qui ne permettent pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur, ni une qualité de vie acceptable pour le patient, et/ou occasionnent des effets indésirables, intolérables et/ou incontrôlables ;

NB. Cette définition intègre les notions « de soins habituels » qui peuvent être amenés à varier avec les pratiques des médecins du premier niveau et le parcours de soins mis en place.

- **douleurs chroniques nécessitant un diagnostic, une évaluation ou une prise en charge ou un acte d'un service hospitalier de spécialité.**

Le tableau 3 reprend la classification CIM-11 des divers types de douleur chronique et les spécialités médicales qui peuvent être sollicitées (liste non exhaustive), auxquelles il faudrait ajouter, dans le cadre en particulier des techniques thérapeutiques invasives antalgiques, les médecins radiologues avec la radiologie interventionnelle, les anesthésistes avec les infiltrations rachidiennes, les blocs nerveux plexiques et tronculaires, les blocs neurolytiques, l'analgésie par voie spinale et la stimulation médullaire, les chirurgiens, dont les neurochirurgiens avec la stimulation médullaire, les techniques neurochirurgicales stéréotaxiques (liste non exhaustive).

### 4.2. Le parcours clinique dans les services hospitaliers de spécialité de niveau 2

#### 4.2.1. Les modalités d'adressage en services de spécialité

Les services hospitaliers de spécialité sont mobilisés pour une évaluation, avec l'établissement d'un diagnostic étiologique, lésionnel ou physiopathologique ou pour une prise en charge spécialisée ou un traitement spécifique non disponible en ville. Le recours direct du service hospitalier de spécialité par le patient devrait être une exception.

#### 4.2.2. Les parcours cliniques dans les services hospitaliers de spécialité

Les patients atteints de douleurs chroniques ou persistantes en voie de chronicisation adressés aux services hospitaliers de spécialité relèvent de deux modes d'entrée : 1) une sollicitation directe par le médecin traitant ou un spécialiste de premier ou second recours en ville ; 2) une sollicitation par une SDC de niveau 2.

## **1. La sollicitation par un médecin de ville de niveau 1**

La demande est réalisée directement du fait de la pathologie causale et des besoins de prise en charge estimés. Elle relève de deux situations :

- adressage puis suivi en consultation externe par le service de spécialité : le parcours reste centré au niveau 1, avec intervention ponctuelle, épisodique (avis) ou régulière (actes spécifiques itératifs) du spécialiste hospitalier ;
- adressage avec admission en hospitalisation : le parcours est centré sur l'épisode de soins en hospitalisation, suivi d'un relais par la ville en sortie, avec préconisation éventuelle de consultation(s) de suivi par un spécialiste hospitalier ou de ville.

## **2. La sollicitation par une SDC de niveau 2**

La demande est réalisée du fait de la pathologie causale et des besoins de prise en charge spécifiques identifiés par la SDC. Elle relève de deux situations :

- adressage puis suivi en consultation externe par le service de spécialité : le parcours reste centré en niveau 2 en SDC, en lien avec les acteurs de ville, avec intervention ponctuelle, épisodique (avis) ou régulière (actes spécifiques itératifs) du spécialiste hospitalier ;
- adressage avec admission en hospitalisation : le parcours est centré sur l'épisode de soins en hospitalisation, et la SDC se voit ou non reconfier le patient en sortie, avec préconisation éventuelle de consultation(s) de suivi par un médecin spécialiste et systématiquement préconisations pour le suivi en ville.

Dans certaines situations difficiles ou complexes, le médecin spécialiste hospitalier peut solliciter un centre de niveau 3 pour une évaluation, une prise en charge spécifique, et/ou demander la tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), éventuellement en distanciel, avec invitation du médecin traitant et du référent parcours douleur en ville. Si nécessaire, il peut mobiliser le dispositif coupe-file.

La prise en charge au niveau 2 n'interrompt pas le suivi en niveau 1

### Patient douloureux en niveau 2 (service de spécialité)

- Douleur chronique rebelle, résistant aux traitements bien conduits en ville
- Diagnostic, évaluation, prise en charge ou acte d'un service hospitalier de spécialité

*Selon la pathologie causale en lien avec la spécialité*



### Service hospitalier de spécialité

- Lettre de liaison

#### Sollicitation par un médecin de ville de niveau 1

##### Suivi en consultation externe par le service de spécialité

Le parcours reste centré sur le niveau 1, avec intervention ponctuelle, épisodique (avis) ou régulière (actes spécifiques itératifs)

##### Admission en hospitalisation

Le parcours est centré sur l'épisode de soins en hospitalisation, suivi d'un relai par la ville en sortie, avec préconisation éventuelle de consultation(s) de suivi par un spécialiste

#### Sollicitation par une SDC de niveau 2

##### Suivi en consultation externe par le service de spécialité

Le parcours reste centré sur le niveau 2 en SDC, en lien avec les acteurs de ville, avec intervention ponctuelle, épisodique (avis) ou régulière (actes spécifiques itératifs)

##### Admission en hospitalisation

Le parcours est centré sur l'épisode de soins en hospitalisation, et suivi d'un relai ou non par la SDC en sortie, avec préconisation éventuelle de consultation(s) de suivi par un spécialiste et toujours un suivi en ville

#### Diagnostic, évaluation, prise en charge ou actes techniques par le médecin de spécialité

+/- en équipe pluriprofessionnelle hospitalière

+/- hospitalisation dans le service

#### Relai de la prise en charge possible en ville

#### Poursuite de la prise en charge par une SDC niveau 2

#### Situation difficile ou complexe pour une prise en charge niveau 2

#### Retour en niveau 1

+/- suivi en spécialité hospitalière  
(consultation de suivi ou actes itératifs)

#### Retour en SDC niveau 2

Avec toujours un suivi en ville  
+/- suivi en spécialité hospitalière  
(consultation de suivi ou actes itératifs)

#### Sollicitation du niveau 3

(consultation ou RCP)

Figure 5. Parcours de santé du patient douloureux chronique – Services hospitaliers de niveau 2

## 5. Le troisième niveau : les centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique

Les centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, dans les missions qui leur sont propres, hors celles partagées avec les consultations spécialisées, constituent le niveau 3 de l'évaluation et du traitement des patients douloureux chroniques.

Les centres sont **polyvalents**, c'est-à-dire qu'ils sont en capacité de traiter l'ensemble des patients douloureux au moyen d'une offre de soins diversifiée, à l'exception de ceux concernés par un exercice exclusif (oncologique et pédiatrique).

Ils sont pluriprofessionnels, mais aussi **pluridisciplinaires**, plusieurs spécialités médicales sont représentées dans le centre.

Ils peuvent posséder des expertises spécifiques pour des pathologies douloureuses ou pour des techniques thérapeutiques.

Ils sont obligatoirement rattachés à un établissement de santé public ou privé. Il est recommandé d'avoir **au moins un centre par région** (13).

### 5.1. Les patients des centres de niveau 3

Les patients qui présentent des situations difficiles ou complexes pour une prise en charge en niveau 2, du fait d'un manque d'expertise ou de moyens, sont adressés par le niveau 2 au niveau 3.

L'adressage en niveau 3 relève de plusieurs types de demandes du niveau 2, qui sont :

- une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), y compris en visioconférence ;
- une évaluation complémentaire, avec ou sans explorations additionnelles ;
- un acte technique spécifique ;
- une hospitalisation, sans ou avec mise en œuvre d'une technique spécifique.

### 5.2. Le parcours clinique du patient en centre de niveau 3

Le parcours clinique du patient en niveau 3 dépend de la nature de la demande d'adressage par le niveau 2.

- 1. Une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) :**
  - le parcours reste centré en niveau 2 avec une révision du PPCS grâce à la RCP.
- 2. Une évaluation complémentaire :**
  - le parcours reste centré en niveau 2 s'il ne s'agit que d'une évaluation ponctuelle ;
  - le parcours devient centré en niveau 3 et suit le même type de parcours que ce qui est réalisé en niveau 2. Il s'agit alors d'un relais du niveau 2 vers le niveau 3.
- 3. Un acte technique spécifique :**
  - le parcours reste centré en niveau 2, car il s'agit d'un soin complémentaire ponctuel.
- 4. Une hospitalisation :**
  - le parcours devient centré en niveau 3 et suit le même type de parcours que ce qui est réalisé en niveau 2.
- 5. Une technique particulière**, dont les techniques de neuromodulation implantée (stimulation médullaire ou centrale) :
  - le patient suit un parcours spécifique élaboré la plupart du temps par un groupe d'experts issus des sociétés savantes, dont la SFETD.

## 5.3. Les missions des centres

Les centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, en plus des missions en commun avec les consultations spécialisées, ont des missions réglementaires organisationnelles et soignantes qui leur sont propres, définies par décret<sup>3</sup>. Dans le cadre du parcours de santé, des missions complémentaires sont proposées.

### 5.3.1. Les missions réglementaires générales additionnelles

Les centres doivent, à ce titre :

- réaliser une activité de **recherche** clinique et/ou fondamentale formalisée par des publications et participer au **recueil de données épidémiologiques** ;
- contribuer à l'enseignement universitaire (**formation initiale et continue**) ou avoir la responsabilité pédagogique d'un diplôme universitaire clairement identifié dans la thématique de la douleur ;
- formaliser des relations avec les associations de patients et **communiquer envers le grand public**.

### 5.3.2. Les missions réglementaires soignantes additionnelles

Les centres doivent, à ce titre :

- apporter un **appui aux consultations spécialisées de niveau 2** pour les situations les plus difficiles ou complexes.
- Ils doivent assurer un seuil d'activité minimal de 1 000 consultations médicales externes par an, et organiser au minimum une réunion de synthèse pluriprofessionnelle (RSP) deux fois par mois ;
- organiser des **réunions de concertation pluridisciplinaire** (RCP) en interne et à la demande des consultations spécialisées du territoire.
- Ils doivent organiser au minimum une réunion de RCP par mois. Les RCP rassemblent au moins 3 médecins de spécialités différentes. Leurs conclusions sont tracées dans le dossier médical du patient. Elles donnent des avis pour les situations les plus complexes à visée diagnostique et/ou thérapeutique ou en amont de thérapeutiques invasives ;
- proposer des **traitements spécifiques** dans leurs domaines d'expertise et de compétences ;
- être en mesure d'organiser au sein de leur établissement une **prise en charge en hospitalisation** du patient.

### 5.3.3. Les missions complémentaires proposées dans le cadre du parcours

- Les centres devraient dans leur région coordonner et soutenir les SDC de niveau 2 dans la diffusion des savoirs auprès des professionnels de ville et des patients.
- Ils devraient être en soutien des consultations spécialisées pour le développement des services de l'interface avec la ville.

<sup>3</sup> [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.

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.

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 douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016.

- Ils devraient collaborer à la rédaction des référentiels d'aide à l'évaluation et la prise en charge des principales douleurs chroniques selon les principes décrits dans ce guide et les adapter aux ressources et spécificités de leur territoire.

## 5.4. Les moyens humains et matériels des SDC de niveau 3

Au regard de leurs missions réglementaires, les centres ont les moyens humains et matériels des consultations de niveau 2 et des moyens additionnels définis par décret<sup>4</sup>.

Les centres sont obligatoirement rattachés à un établissement de santé public ou privé. Le temps médical cumulé du centre est d'au moins 1 ETP.

Le temps cumulé en personnels non médicaux (IDE, psychologue, etc.) est le même que pour les consultations de niveau 2, soit 1,5 ETP. Leurs niveaux de formation requis sont les mêmes que pour les consultations de niveau 2 (cf. chapitre 3.5).

Le temps en secrétariat est le même que pour les consultations de niveau 2, soit 0,5 ETP.

Les SDC avec un exercice exclusif, oncologique ou pédiatrique, ont des moyens et obligations spécifiques. Ils doivent proposer un accueil privilégié (consultation ou avis d'expert) aux SDC polyvalentes. Ils ne sont pas concernés par les seuils minimaux d'activité.

Dans une **SDC exclusivement pédiatrique**, le médecin responsable possède une double valence, une valence douleur (DESC médecine de la douleur et médecine palliative, ou capacité d'évaluation et de traitement de la douleur, ou FST et 2<sup>e</sup> année de la 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 à temps plein, ou une durée équivalente à temps partiel). Pour les autres médecins, 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. Dans ces SDC, une RCP est requise au minimum une fois par mois.

Dans une **SDC mixte (adultes et enfants)**, les médecins doivent posséder une double valence, valence douleur (DESC médecine de la douleur et médecine palliative, ou capacité d'évaluation et de traitement de la douleur, ou FST, ou DU douleur enfant) et valence pédiatrique (DES de pédiatrie, ou expérience en médecine de l'enfant et de l'adolescent d'au moins 1 an à temps plein ou une durée équivalente à temps partiel). Ces SDC organisent des RCP, avec des SDC adultes, notamment pour anticiper le passage d'adolescents à l'âge adulte.

Dans une **SDC spécialisée oncologique**, le médecin responsable doit avoir une expérience clinique attestée d'au moins 6 mois en douleur oncologique. Le personnel de la SDC 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.

La SDC oncologique doit avoir accès, dans l'établissement de résidence (ES) ou à défaut de manière formalisée par convention en dehors de l'ES, aux techniques interventionnelles, radiologiques, techniques d'analgésie loco-régionales et neurochirurgicales.

Elle doit avoir accès dans l'ES, ou à défaut de manière formalisée par convention hors de l'ES, à une RCP dédiée aux douleurs du cancer, et permettre ainsi des échanges entre médecin de la douleur,

<sup>4</sup> [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.

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 douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016.

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.

oncologue, spécialistes des techniques interventionnelles et d'autres disciplines de soins de support (palliatologue, psychiatre, infirmier douleur, assistant social, etc.).

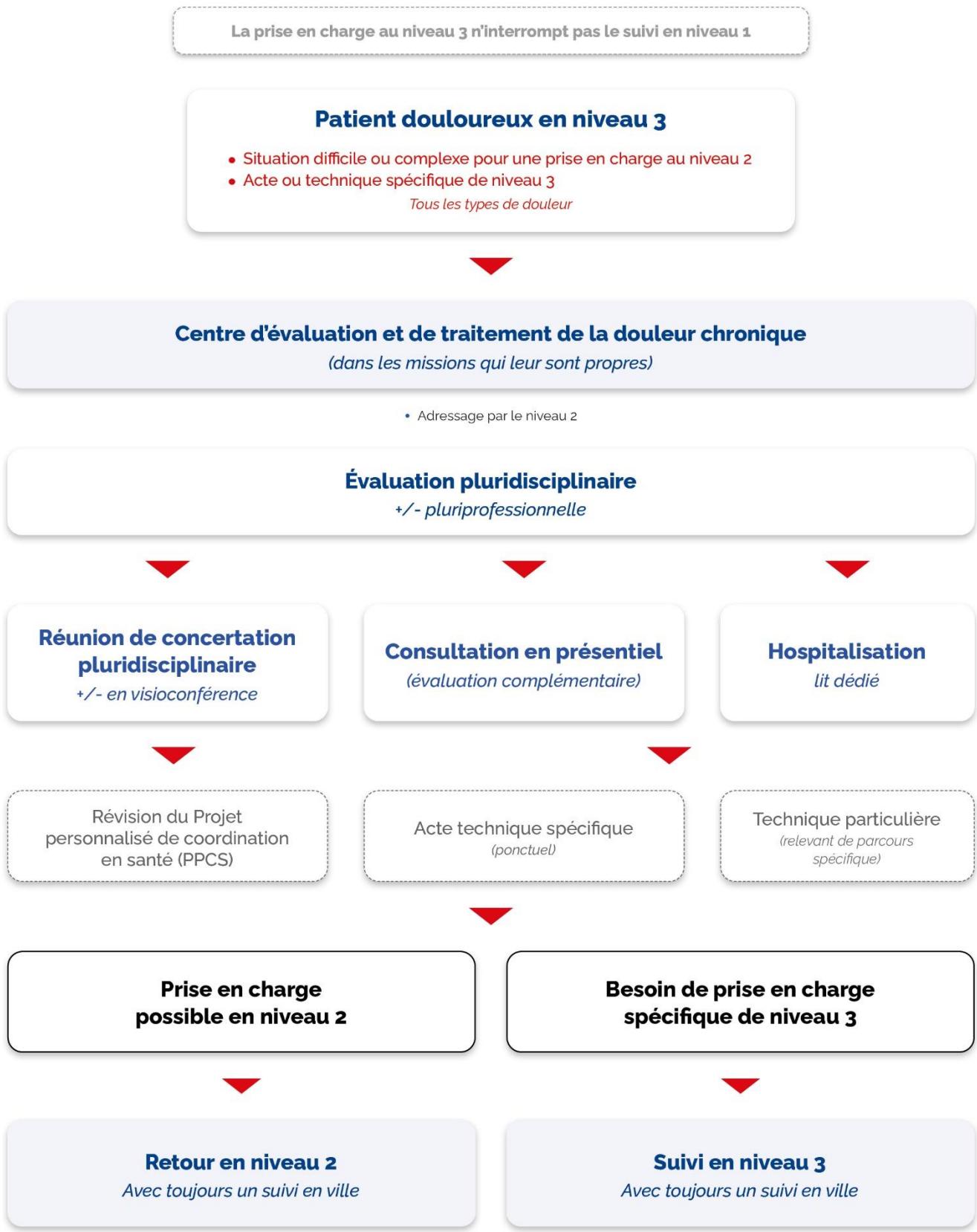


Figure 6. Parcours de santé du patient douloureux chronique – Les centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, dans les missions qui leur sont propres

# Les services de l'interface ville/SDC

Le développement de services par la SDC de proximité à destination des médecins de ville, et plus largement des ESP, est une des bases de la démarche parcours au bénéfice du patient douloureux chronique ou présentant une douleur en voie de chronicisation.

Les services de cette interface doivent être déployés par les SDC en partenariat avec les professionnels de ville de leur territoire. En ville, la CPTS, structure territoriale pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, devrait être, lorsqu'elle existe, le partenaire naturel de la SDC de proximité pour aider au déploiement de ces services. En l'absence de CPTS, la SDC devra s'organiser avec les organisations en exercice coordonné des soins à l'échelle de la patientèle présentes en ville, telles que les MSP, les CdS ou les ESP.

Les services de cette interface doivent favoriser les évaluations et les prises en charge de patients douloureux chroniques de plus en plus complexes en ville, et ainsi réduire les délais d'accès à une SDC uniquement pour les patients qui le nécessitent. Ils doivent permettre un transfert de savoirs et de savoir-faire aux professionnels de ville en ce qui concerne le dépistage, l'évaluation et la prise en charge des patients douloureux chroniques ou présentant une douleur en voie de chronicisation.

Le déploiement de ces différents services et leur caractère opérationnel devraient contribuer à la qualité des liens créés par la SDC de proximité avec les acteurs de ville, et permettre de sortir d'une prise en charge hospitalo-centrée pour une offre et une organisation de qualité à l'hôpital et en ville, telles que recommandées par le rapport d'évaluation du 3e plan de lutte contre la douleur du HCSP de 2011.

Cette interface s'appuie en grande partie sur les nouvelles technologies de l'information et la télésanté. Les services proposés sont de trois ordres : 1) des services visant à faciliter l'accès à une consultation spécialisée en présentiel ; 2) des services de télésanté ; 3) des services de partage des savoirs.

## 1. Faciliter l'accès à une consultation spécialisée en présentiel

### 1.1. Le dispositif « coupe-file »

Règlementairement (13)<sup>5</sup>, la SDC doit formaliser une procédure d'organisation des prises en charge prioritaires (plages horaires dédiées, dispositif coupe-file, etc.).

Le principe du « coupe-file » est de recevoir rapidement un patient qui le nécessite en dehors des plages de consultations réglées ou avant le délai habituel de délivrance des rendez-vous de consultations par la SDC, dans le cadre de plages horaires dédiées.

Toute demande urgente de consultation ou prise en charge par la SDC doit être motivée et argumentée par un médecin traitant ou un médecin spécialiste de premier ou second recours. La demande est au mieux effectuée via le formulaire d'adressage à une SDC (annexe 3), par courriel ou courrier. Elle peut résulter d'un accord téléphonique entre le médecin de la SDC et le médecin adresseur, au mieux à l'aide d'une hotline dédiée.

### 1.2. Les consultations avancées

Les SDC peuvent déployer des permanences avancées (PA) au sein d'autres établissements de santé publics ou privés ou de structures d'exercice coordonné des soins en ville (centres de santé ou MSP) à distance de l'établissement de rattachement. Elles proposent des consultations médicales et des

<sup>5</sup> [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.

consultations IRD (infirmier ressource douleur) sur une à deux journées par semaine maximum, selon des modalités définies par convention (13).

Ces PA devraient permettre un accès facilité aux consultations spécialisées des patients dyscommunicants ou personnes vulnérables peu ou non susceptibles de se déplacer pour une consultation à l'hôpital. De telles consultations pourraient aussi répondre aux besoins des résidents des établissements médico-sociaux, personnes âgées en Ehpad et personnes en situation de handicap en maison d'accueil spécialisée (MAS) ou en foyer d'accueil médicalisé (FAM).

## 2. La télésanté et *hotline médicale spécialisée*

La télésanté est composée de deux domaines d'activité, la télémédecine et le télésoin (cf. argumentaire, pages 108-112).

La télémédecine, selon [l'art. L. 6316-1 du CSP](#), 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 télémédecine est constituée de cinq actes médicaux : la téléconsultation, la télé-expertise, la télé-surveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse téléphonique apportée dans le cadre d'une régulation médicale.

### 2.1. Une hotline dédiée aux médecins de ville

La hotline de médecin spécialiste d'une SDC à médecin de ville n'est pas à proprement parler un acte de télésanté. Elle est toutefois un outil simple et performant de soutien aux médecins de ville dans les situations difficiles.

Le médecin de ville, en général le médecin traitant, à l'aide d'un numéro de téléphone dédié assorti d'une messagerie électronique, peut avoir un accès direct au médecin de la SDC de proximité. Cette hotline permet d'obtenir un conseil ou d'accéder au coupe-file en urgence.

Elle est complémentaire de l'accueil téléphonique tenu par le secrétariat, qui répond aux besoins en prise de rendez-vous et d'information des professionnels et des patients. Règlementairement, cet accueil doit répondre au minimum aux heures d'ouverture de la SDC, et une procédure d'accès des nouveaux patients doit être formalisée.

### 2.2. La téléconsultation

La téléconsultation 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 peuvent également être présents auprès du patient.

Cette nouvelle forme de consultation à distance, le plus souvent sur demande du médecin traitant, permet au médecin de la SDC de :

- réaliser une évaluation de la situation d'un patient non connu, parce qu'elle se prête à la situation du patient après analyse du formulaire d'adressage (annexe 3) utilisé par le médecin traitant ;
- adapter les traitements ou la prise en charge de patients déjà connus de la SDC, ou non connus de la SDC mais déjà évalués par le médecin traitant, en particulier les patients domiciliés à distance de la SDC ou dans l'incapacité ou en difficulté pour se déplacer, ou durant des situations sanitaires restrictives.

La téléconsultation peut aussi être utile au médecin traitant, ou à un médecin spécialiste de ville ou hospitalier, pour le suivi d'un patient dououreux chronique.

## 2.3. La télé-expertise

La télé-expertise a pour objet de permettre à un professionnel de santé 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 de santé liées à la prise en charge d'un patient. Le patient n'est pas présent.

Cette nouvelle forme d'expertise à distance, en particulier sur demande du médecin traitant, permet au médecin de la SDC de fournir un avis complémentaire pour un patient connu ou non de la SDC, quand une consultation auprès du patient par le médecin de la SDC n'est pas forcément nécessaire. Ce mode d'expertise s'effectue au mieux après analyse du formulaire d'adressage à une SDC (annexe 3) utilisé par le médecin traitant, celui-ci ayant réalisé une évaluation préalable du patient au moyen de la grille d'évaluation d'une douleur chronique en soins primaires (annexe 1) et de l'auto-questionnaire d'une personne dououreuse chronique (annexe 2).

La télé-expertise peut aussi permettre au médecin traitant de solliciter à distance l'avis d'un médecin spécialiste de second recours en ville (niveau 1) ou un médecin spécialiste hospitalier (niveau 2).

## 2.4. La télésurveillance médicale

La télésurveillance médicale 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.

Cette facilitation de la surveillance d'un patient est en particulier dédiée à l'ajustement rapide des traitements ou prises en charge non pharmacologiques en fonction de données paracliniques, le cas échéant enregistrées par des dispositifs *ad hoc* au domicile et envoyées à un serveur les rendant accessibles à distance pour le médecin.

Dans le cadre de ce parcours, elle peut permettre le suivi à distance de certains patients dououreux chroniques pour un ajustement rapide de la prise en charge par leur médecin traitant et, quand cela se justifie, par un médecin de la SDC.

## 2.5. La téléassistance médicale

La téléassistance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

Dans le cadre de ce parcours, un médecin pourrait assister à distance un autre professionnel de santé, par exemple un infirmier, pour un acte spécifique.

## 2.6. Le télésoin

**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. Les activités de télésoin sont définies par arrêté du ministre chargé de la Santé, pris après [avis de la Haute Autorité de santé](#).

Dans le cadre de ce parcours, le télésoin peut permettre à un professionnel paramédical d'accompagner un patient et de le suivre à distance grâce à un outil numérique. Il peut être organisé pour des patients nécessitant divers actes réalisables par un soignant de l'équipe de la SDC, ou de l'équipe de soins primaires dans le cadre d'un exercice coordonné des soins, par exemple : des séances d'éducation thérapeutique par un infirmier, un programme d'activité physique adaptée supervisé par un enseignant d'APA, des séances de psychothérapie par un psychologue clinicien, etc.

Cette nouvelle forme d'actes de soin permet aux soignants de prendre en charge des patients domiciliés à distance de la SDC, ou dans l'incapacité ou en difficulté pour se déplacer, ou durant des situations sanitaires restrictives, ainsi que lors d'actes itératifs ne nécessitant pas obligatoirement la présence physique du patient.

## 3. Des outils de partage de l'information

L'exercice coordonné des soins entre professionnels de santé de ville, et entre professionnels de santé en ville et à l'hôpital nécessite un partage d'informations, au mieux dématérialisées (cf. argumentaire, pages 105-108).

### 3.1. Le dossier médical partagé et Mon espace santé

Dans le cadre de ce parcours, le dossier médical partagé (DMP)<sup>6</sup> pourrait porter sous forme de fichiers : la première évaluation du patient dououreux chronique en ville (annexe 1) réalisée par le médecin traitant et l'ESP ; l'auto-questionnaire d'une personne dououreuse chronique en soins primaires (annexe 2) remis au médecin ; le formulaire d'adressage en SDC du patient dououreux chronique (annexe 3) ; le PPCS élaboré par le médecin traitant avec l'ESP ou par l'équipe de la SDC ; les lettres de liaison ou courriers du médecin de la SDC au médecin traitant et inversement ; le bilan de médication réalisé par le pharmacien référent ; etc.

### 3.2. Le dossier pharmaceutique (DP)

Le dossier pharmaceutique (DP)<sup>7</sup> a pour objectif de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments. Sauf opposition du patient, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le DP à l'occasion d'une dispensation.

Dans le cadre de ce parcours, le DP peut aider au repérage et au suivi d'un mésusage ou d'un abus d'usage des médicaments à visée antalgique, ou d'un nomadisme médical.

### 3.3. La messagerie sécurisée santé

La messagerie sécurisée santé (MSSanté) permet des transferts d'informations sécurisés entre professionnels de santé. Elle facilite les transferts d'informations et les demandes du médecin traitant ou de l'ESP à la SDC, et inversement.

<sup>6</sup> Article L. 1111-14, modifié par ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 – art. 9.

<sup>7</sup> Article L. 1111-23, modifié par ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 – art. 2.

### **3.4. L'annuaire national des SDC**

La direction générale de l'Offre de soins (DGOS) met à jour annuellement l'annuaire national des SDC (14). Cet outil de référence à destination des professionnels et des associations est publié sur le site [sante.fr](#) et sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé. Il comporte, pour chaque SDC :

- le nom et l'adresse de la SDC ;
- son type, consultation ou centre ;
- le nom du médecin responsable ;
- le numéro d'accueil téléphonique ;
- l'adresse de messagerie du secrétariat ;
- une éventuelle spécificité pédiatrique, exclusive ou mixte ;
- les adresses des permanences avancées éventuelles, en mentionnant leur adresse physique et leur SDC de rattachement.

Les agences régionales de santé (ARS) ont la charge de l'organisation du maillage régional de la prise en charge des patients douloureux chroniques par les SDC, de la coordination régionale des SDC, de la définition des filières de prise en charge éventuelles, de l'identification et labellisation des spécificités des diverses SDC et de la réalisation d'un annuaire régional des SDC.

Dans le cadre de ce parcours, cet annuaire pourrait comporter, pour chaque SDC, en plus des informations règlementaires actuelles :

- le numéro de la hotline dédiée aux médecins de ville ;
- l'adresse de la messagerie MSSanté de la SDC ;
- les services de télémédecine proposés par la SDC.

## **4. Des services de partage des savoirs**

La transmission des savoirs et savoir-faire aux professionnels de ville en matière de douleur chronique est un déterminant important du développement des prises en charge de patients de plus en plus complexes en ville, et un facteur majeur pour la réussite de ce parcours.

Les savoirs et savoir-faire professionnels en matière de douleur chronique s'acquièrent lors de la formation initiale des professionnels et lors de leur formation continue, mais aussi, et de façon très significative, par un compagnonnage entre professionnels de ville et professionnels des SDC lors des prises en charge conjointes.

La diffusion des savoirs est facilitée par les nouvelles technologies de l'information : par un enseignement à distance avec le e-learning ou le télémotorat, par un accès aux connaissances via un site web dédié à la douleur chronique, ou par un compagnonnage lors des RSP ou aux RCP par visioconférence avec la participation du médecin traitant.

### **4.1. Le e-learning**

Le e-learning est un mode d'apprentissage requérant l'usage du multimédia, en particulier basé sur des formations réalisables via internet. Cette approche est particulièrement adaptée aux formations courtes, itératives ou non, en interprofessionnalité au sein d'une ESP en lien avec une SDC, ou bien pour des professionnels de ville souhaitant acquérir une formation sur la douleur non forcément diplômante.

## **4.2. Le télémentorat**

Le télémentorat est un mentorat réalisé à distance. Le mentorat est défini comme une guidance qui s'accomplit par l'enseignement, les encouragements et l'écoute. Au Québec, il permet au spécialiste de la douleur chronique de joindre la communauté des professionnels de la santé, de leur soumettre des situations cliniques et d'en discuter lors de télécliniques (cf. argumentaire, page 39).

Un télémentorat proposé par la SDC de proximité (à l'image des groupes d'échange de pratiques entre pairs) pourrait être un outil performant pour développer les savoirs et savoir-faire des médecins traitants et des autres membres de l'ESP, et renforcer les liens entre la SDC et la ville.

## **4.3. Un portail web dédié à la douleur chronique**

Les recommandations de bonnes pratiques sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur chronique et des différents types de douleurs sont publiées sur les sites web de la HAS, de la SFETD, de la SFAR et d'autres sociétés savantes. Certains sites sont dédiés à la diffusion de savoirs sur la douleur chronique (par exemple : dolomio.org sur les douleurs chroniques chez l'enfant et l'adolescent).

Certains pays ou organisations à l'étranger ont développé des portails dédiés à la structuration du parcours de santé des personnes douloureuses chroniques, avec des outils d'information, de formation, d'évaluation et d'échanges d'information entre soignants, et d'information et d'éducation pour les patients (cf. argumentaire, pages 34-61).

# Table des annexes, tableaux et figures

---

Annexe 1. Grille d'évaluation d'une douleur chronique ou à risque de chronicisation en soins primaires .....	61
Annexe 2. Auto-questionnaire d'une personne douloureuse chronique en soins primaires (à remplir par le patient) .....	70
Annexe 3. Formulaire d'adressage à une structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur chronique par les soins primaires .....	76

## Table des tableaux

Tableau 1. Délais pour le traitement de la douleur selon l'IASP .....	11
Tableau 2. Conditions pour une implémentation du parcours .....	12
Tableau 3. Les principaux facteurs de risque de développement ou de maintien d'une douleur chronique (liste non exhaustive) – drapeaux jaunes .....	24
Tableau 4. Les douleurs prises en charge selon les spécialités (liste non exhaustive).....	30
Tableau 5. Les professionnels des SDC (consultations et centres), missions, compétences et responsabilités.....	40

## Table des figures

Figure 1. Les délais pour une prise en charge médicalement adaptée des douleurs .....	18
Figure 2. Le parcours du patient douloureux chronique en trois niveaux .....	22
Figure 3. Parcours du patient douloureux chronique, niveau 1 .....	33
Figure 4. Niveau 2 du parcours – Les consultations et centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, dans les missions qui leur sont communes .....	45
Figure 5. Parcours de santé du patient douloureux chronique – Services hospitaliers de niveau 2 .....	48
Figure 6. Parcours de santé du patient douloureux chronique – Les centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, dans les missions qui leur sont propres .....	53

## **Annexe 1. Grille d'évaluation d'une douleur chronique ou à risque de chronicisation en soins primaires**

Cette grille est indicative et non exhaustive. Elle a pour objectif d'aider le médecin, par un entretien semi-dirigé, à recueillir au cours d'une (ou plusieurs) consultation(s) médicale(s), si possible dédiée(s), ou à l'issue d'une évaluation pluriprofessionnelle en équipe (ESP), les informations nécessaires à l'évaluation d'une douleur chronique (durée supérieure à 3 mois) ou persistante et à risque de chronicisation.

La grille contient des échelles validées décrivant chacune des dimensions spécifiques de la douleur.

Elle doit être précédée par le remplissage par le patient de l'auto-questionnaire d'une personne douloureuse chronique en soins primaires (annexe 2), seul ou avec l'aide d'un professionnel de santé de l'ESP.

Cette grille est une description analytique d'une situation le plus souvent complexe et qui nécessite une lecture intégrative. Cette description permet d'envisager une prise en charge pluriprofessionnelle, plurimodale et transectorielle (sanitaire, médico-sociale et sociale). Elle permet également de repérer les risques de chronicisation d'une douleur persistante, les risques iatrogènes (dont mésusage et abus d'usage des antalgiques), et le risque de décompensation psychique ou de rupture sociale, selon des points de vigilance identifiés.

Elle permet de réaliser une évaluation globale des diverses dimensions de la situation douloureuse, avec deux objectifs : la préparation à une prise en charge par l'ESP et/ ou la préparation à la sollicitation d'une SDC (avec le formulaire d'adressage en SDC, annexe 3) ou d'un service hospitalier de spécialité (avec une lettre de liaison).

Toutes les données de la grille sont à compléter par la prise en compte de l'histoire personnelle et familiale et une interprétation en ESP des divers avis médicaux et paramédicaux disponibles.

# Grille de première évaluation d'un patient douloureux chronique en soins primaires

## MODE DE DÉBUT DE LA DOULEUR

- Date de début de la douleur.
- Circonstances d'apparition de la douleur (maladie, intervention médicale ou chirurgicale, traumatisme, accident de travail, maladie professionnelle, autres)
- Description de la douleur initiale (localisation, sévérité).
- Modalités de prise en charge initiale (médicaments et autres traitements, hospitalisation, autres).
- Évènements de vie concomitants de la survenue de la douleur.
- Diagnostic médical initial donné au patient (et par qui) + explications données sur la cause et le mécanisme de la douleur (et par qui).

## ÉVOLUTION DE LA DOULEUR INITIALE

- Comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale, selon l'avis du patient (progressivement, rapidement, immédiatement) ?
- Passage en services d'urgence ou recours à un médecin de garde ?
- Nécessité d'un arrêt de travail ou retentissement sur la scolarisation prolongés (1 mois ou plus) ?

## PROFIL CLINIQUE ACTUEL DE LA DOULEUR CHRONIQUE

- Description de la douleur chronique.
- Faire le point à partir du questionnaire rempli par le patient.
- Utiliser le questionnaire DN4 pour le dépistage des douleurs neuropathiques (en annexe).
- Traitements (tous types) antérieurement prescrits et actuels.
- Faire le point à partir du questionnaire rempli par le patient.
- Attitudes du patient vis-à-vis des traitements reçus : compréhension, adhésion, observance.
- Évaluation du risque d'abus, de mésusage et addictif : utiliser l'échelle POMI (en annexe).
- Activité physique.
- Faire le point à partir du questionnaire rempli par le patient.
- Évaluation du niveau global d'activité physique (physiquement actif ou inactif, échelle de Marshall en annexe).
- Retentissement de la douleur sur la personne.
- Faire le point à partir du questionnaire rempli par le patient.
- Prendre en compte les items du questionnaire QCD (en annexe).

## EXPÉRIENCES DOULOUREUSES ANTÉRIEURES SIGNIFICATIVES

- Préciser : circonstances, localisation, sévérité, cause et conséquences éventuelles.

## **CONTEXTE GÉNÉRAL**

- Situation familiale.
  - Statut professionnel (profession, arrêt de travail, invalidité, adaptation du poste de travail, RQTH, chômage, retraite, autres) ou scolaire (absentéisme, abandon, échec, réorientation).
  - Satisfaction au travail.
  - Conséquences financières (oui/non, situation de précarité).
  - Litiges et procédures en cours ou antérieurs en lien avec la douleur.
- 

## **CONTEXTE COGNITIF ET ÉMOTIONNEL**

- Revoir les items du questionnaire QCD (en annexe).
  - Attitudes du patient vis-à-vis de la situation douloureuse (repli, déni, colère, agressivité, récrimination, autres).
  - Stratégies du patient pour lutter contre la douleur [inactivité, hyperactivité, adaptations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), autres].
  - Selon l'avis du patient : quelle est l'origine de sa douleur ?
- 

## **CONTEXTE DE LA DEMANDE ET ATTENTES DU PATIENT**

- Attentes vis-à-vis de la prise en charge de la douleur et de ses conséquences.
- Projet de vie, dont certains éléments sont impactés du fait de la douleur.
- Demandes particulières éventuelles.
- Estimation par le médecin de bénéfices secondaires éventuels.

## **Annexes**

### **À remplir systématiquement**

- DN4
- Questionnaire Marshall ou score de Ricci Gagnon ou équivalent
- Questionnaire concis sur la douleur (QCD) (version courte française du BPI)

### **À remplir selon la situation clinique**

- POMI : échelle de dépistage du mésusage des antalgiques opioïdes
- HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

# Douleur neuropathique en 4 questions – DN4

## Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

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

### La douleur présente-t-elle un ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

- Brûlure
- Sensation de froid douloureux
- Décharges électriques

**OUI**      **NON**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

- Fourmillements
- Picotements
- Engourdissements
- Démangeaisons

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

- Hyperesthésie au tact
- Hyperesthésie à la piqûre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

- Le frottement

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

**OUI** = 1 point      **NON** = 0 point

**Score du patient =** / 10

## Mode d'emploi

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

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

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

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

Source : Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Bourreau F, Brochet B, Bruxelle J et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005;114:29-36.

# Questionnaire de Marshall

Cet auto-questionnaire\* en deux questions, permet de repérer rapidement (30 sec.) les patients inactifs (36)

**Consignes :** vous choisissez une seule réponse et répondez à toutes les questions.

Date du passage du questionnaire : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

## Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter ?

Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide, etc.

- Plus de 3 fois par semaine  (score : 4)
- 1 à 2 fois par semaine  (score : 2)
- Jamais  (score : 0)

## Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vont font respirer plus fort que normalement ?

Par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer du tennis en double, etc.

- Plus de 5 fois par semaine  (score : 4)
- 3 à 4 fois par semaine  (score : 2)
- 1 à 2 fois par semaine  (score : 1)
- Jamais  (score : 0)

**Score du patient =**

## Lecture\*\* des résultats

Reportez-vous au tableau ci-dessous

RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Score égal ou supérieur à 4      ★★★★★★ ★ ★ ★	→ « suffisamment » actif → Encourager le pratiquant à continuer
Score de 0 à 3      ★★★★★★ ★ ★ ★	→ « insuffisamment » actif → Encourager le pratiquant à en faire plus

\* Source : Marshall AL, Smith BJ, Bauman AE, Kaur S. Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors. Br J Sports Med 2005;39(5):294-7; discussion -7.

\*\* Pour interpréter les résultats et aller plus loin, consulter la page 87 du livre « Les fondamentaux Sport Santé : 80 outils pour mieux évaluer et accompagner vos pratiquants » (FFEPGV) - Éditions Amphora 2014.

# Questionnaire concis de la douleur

## QCD – Version courte

Cet auto-questionnaire\* permet d'évaluer les principales dimensions de la douleur.

Il est utile pour réaliser l'évaluation initiale et pour assurer le suivi d'une douleur

- 1.** Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Au cours des huit derniers jours avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

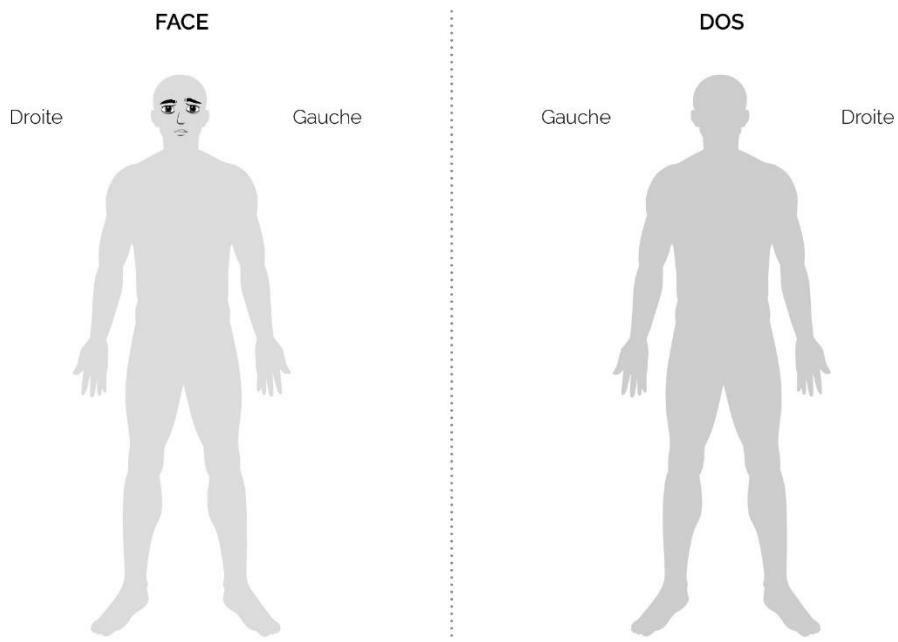
**OUI**

**NON**

*Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes.*

*Merci de votre participation.*

- 2.** Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



\* Le Questionnaire concis de la douleur (QCD) est la version française du Brief Pain Inventory (BPI).

Source : Cleeland CS, University of Texas MD Anderson Center. Questionnaire concis sur les douleurs (format réduit). Houston: University of Texas MD Anderson Center; 1991.

[www.mdanderson.org/content/dam/mdanderson/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI-SF\\_French\\_24hrs\\_SAMPLE.pdf](http://www.mdanderson.org/content/dam/mdanderson/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI-SF_French_24hrs_SAMPLE.pdf)

**3.** Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

**4.** Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous avez ressentie la semaine dernière.

**5.** Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

A horizontal scale for pain intensity. At the left end, the text "Pas de Douleur" is above an empty circle. At the right end, the text "Douleur maximale imaginable" is above an empty circle. Below the scale, numbers 0 through 10 are written under each corresponding circle.

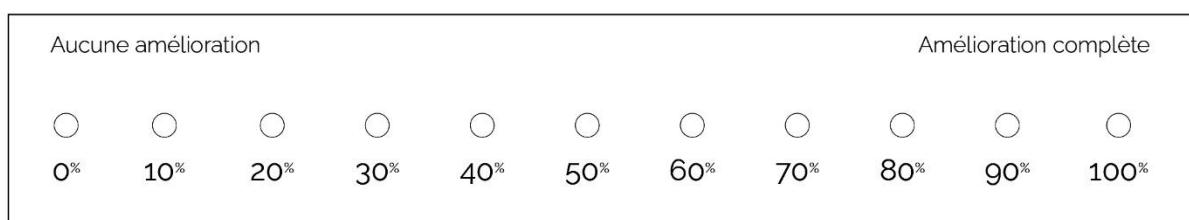
Pas de Douleur		Douleur maximale imaginable								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**6.** Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

Pas de Douleur	Douleur maximale imaginable										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

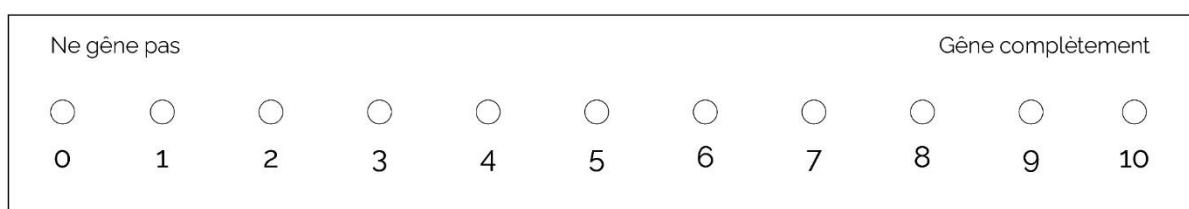
**7.** Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

**8.** La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

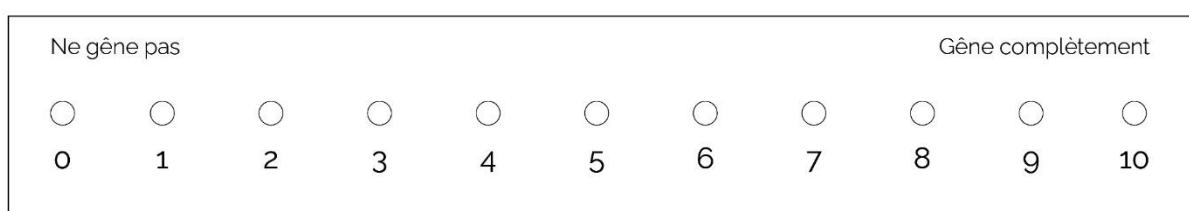


**9.** Cocher le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

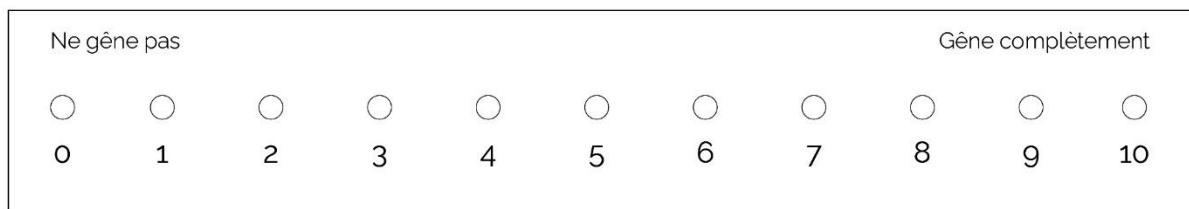
#### Activité générale



#### Humeur



#### Capacité à marcher



**Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)**

											Ne gêne pas	Gêne complètement
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

**Relations avec les autres**

											Ne gêne pas	Gêne complètement
<input type="radio"/>												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

**Sommeil**

											Ne gêne pas	Gêne complètement
<input type="radio"/>												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

**Goût de vivre**

											Ne gêne pas	Gêne complètement
<input type="radio"/>												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

## Annexe 2. Auto-questionnaire d'une personne douloureuse chronique en soins primaires (à remplir par le patient)

Date de remplissage : \_\_\_\_\_

Personne aidant au remplissage, le cas échéant : \_\_\_\_\_  
.....

### PROFESSIONNELS PARTICIPANT À LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

(Nom, prénom, ville ou structure)

- Médecin traitant
  - Infirmier
  - Masseur-kinésithérapeute
  
  - Pharmacien
  - Psychologue
  - Autres médecins
  
  - Autres professionnels (à préciser, y compris les acteurs non conventionnels)
- .....

### DESCRIPTION DE LA DOULEUR RESENTIE AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE

Indiquez l'intensité de votre douleur par une note de 0 à 10

(0 = pas de douleur / 10 = la plus forte douleur que vous puissiez imaginer)

- Actuellement :
- Habituellement (moyenne) :
- Dans les pires moments :
- Dans les meilleurs moments :

Votre douleur est-elle présente tous les jours :  oui  non

Au cours de la journée, la douleur est-elle :  permanente  intermittente

Si la douleur est intermittente, se manifeste-t-elle (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

le matin  l'après-midi  le soir  la nuit

Si lors d'activités spécifiques, lesquelles ? :

Si la douleur est permanente, y a-t-il des renforcements douloureux :

le matin  l'après-midi  le soir  la nuit

## RETTENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR VOTRE ÉTAT

Précisez les éléments suivants en cochant une seule case par colonne :

**Vous sentez-vous inquiet, stressé ou anxieux ?**

- pas du tout
- un peu
- moyennement
- beaucoup
- énormément

**Vous sentez-vous triste ou déprimé ?**

- pas du tout
- un peu
- moyennement
- beaucoup
- énormément

**Combien de temps dormez-vous**, en moyenne chaque nuit (notez en heures) ?

**Quelle est la qualité de votre sommeil ?** (une seule réponse)

- excellente
- bonne
- moyenne
- mauvaise
- extrêmement mauvaise

**Combien d'heures en moyenne** dans la journée avez-vous passées en position couchée ou assise ou debout immobile sans dormir (sédentarité) ? :

**Combien d'heures en moyenne** avez-vous passées à faire une activité physique cette dernière semaine ? :

- Activité physique du quotidien :  (à préciser) :
- Déplacements actifs :
  - marche
  - déplacement à vélo
  - monter et descendre des escaliers
- Autres activités physiques ou sportives de loisirs :  (à préciser)

## TRAITEMENTS DE LA DOULEUR

Indiquez votre traitement médicamenteux actuel pour la douleur (dernière ordonnance) :

Médicament	Date de début de la prescription	Posologie	Efficacité		Effets secondaires	
			Oui	Non	Oui	Non
			✓	✓	✓	✓
			✓	✓	✓	✓
			✓	✓	✓	✓
			✓	✓	✓	✓
			✓	✓	✓	✓

Quel soulagement global vous apporte votre traitement actuel (0 à 100 %) :

Commentaires éventuels :

Indiquez si possible tous les médicaments auparavant pris pour la douleur :

Médicament	Durée de la prescription	Posologie	Efficacité		Effets secondaires	
			Oui	Non	Oui	Non
			✓	✓	✓	✓
			✓	✓	✓	✓
			✓	✓	✓	✓
			✓	✓	✓	✓
			✓	✓	✓	✓

Commentaires (en particulier efficacité et cause(s) de l'arrêt) :

Avez-vous progressivement augmenté de vous-même la prise de médicaments antalgiques pour soulager votre douleur depuis l'apparition de celle-ci ?

oui  non

Si oui, lesquels ? :

**Indiquez les différents traitements non médicamenteux ou techniques dont vous avez bénéficié pour la douleur depuis son début jusqu'à ce jour :**

Thérapeutique	Type	Efficacité		Date et durée
		Oui	Non	
Rééducation/réadaptation en service hospitalier		✓	✓	
Prise en charge par un masseur-kinésithérapeute		✓	✓	
Programme d'activité physique adaptée		✓	✓	
Éducation thérapeutique – Apprentissages de bonne santé		✓	✓	
Psychothérapie		✓	✓	
Hypnose		✓	✓	
Pleine conscience – Méditation		✓	✓	
Relaxation – Sophrologie		✓	✓	
Acupuncture		✓	✓	
Manipulations – Ostéopathie		✓	✓	
Stimulations électriques (TENS)		✓	✓	
Chirurgies		✓	✓	
Infiltrations		✓	✓	
Autres (à préciser)		✓	✓	
Associations d'usagers – Réseaux sociaux/Internet – Outils informatiques/Appli		✓	✓	

**Quels sont les moyens non médicamenteux soulageant la douleur que vous utilisez vous-même, en plus des divers traitements (repos, chaleur, froid, massage, position, activité, etc.) ?**

**Quels ont été jusqu'ici les traitements et/ou les moyens les plus efficaces pour soulager votre douleur ?**

## INFORMATIONS SOCIALES

- Êtes-vous au chômage ?  oui  non
  
- Êtes-vous en invalidité ?  oui  non
  
- Êtes-vous en accident du travail ?  
Si oui, est-ce une rechute ?  oui  non
  
- Êtes-vous reconnu travailleur handicapé (RQTH) ?  oui  non
  
- Êtes-vous retraité ?  oui  non
  
- Êtes-vous en arrêt de travail ?  
Si oui, répondez aux questions suivantes :
  - depuis quelle date (jour, mois, année) ? : \_\_\_\_\_
  - pensez-vous reprendre votre travail au même poste ?  oui  non
  - envisagez-vous un reclassement professionnel ?  oui  non
  
- Percevez-vous une pension du fait de la douleur ?  
Si oui, pensez-vous que cette pension doit être réévaluée ?  oui  non
  
- Êtes-vous en litige avec la Sécurité sociale ?  oui  non
  
- Avez-vous fait l'objet d'une expertise (assurance, Sécurité sociale, etc.) ?  oui  non
  
- Attendez-vous une expertise ?  oui  non
  
- Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, électricité-chauffage...) ?  oui  non
  
- En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?  oui  non
  
- En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?  oui  non  
Si oui, précisez la nature de cette aide matérielle (financière, etc.)  
-----

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Si l'origine de votre douleur est considérée comme connue par les médecins, quel est votre point de vue personnel sur cette origine ?

Si l'origine de votre douleur n'est pas connue des médecins, quel est votre avis personnel sur son origine ?

À votre avis, pourquoi votre douleur dure-t-elle aussi longtemps ?

Qu'attendez-vous d'une prise en charge de la douleur par le médecin traitant et l'équipe de soins de proximité ?

Quel est l'objectif principal dans votre vie, que vous poursuivez actuellement ?

Quel sera votre projet de vie, une fois le problème douloureux amélioré ?

### Annexe 3. Formulaire d'adressage à une structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur chronique par les soins primaires

Date de rédaction  
de la demande : \_\_\_\_\_

Date de réception de l'auto-questionnaire du patient : \_\_\_\_\_

#### Patient

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Médecin traitant** (coordonnées, si différentes de l'adresseur) :

#### Médecin adresseur

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

#### Évaluation préalable réalisée en ambulatoire (documents à joindre) :

- Grille d'évaluation d'une douleur chronique en soins primaires, HAS
- Auto-questionnaire d'une personne douloureuse chronique en soins primaires, HAS
- Traitements en cours (copie de l'ordonnance)
- Autres documents (à préciser) : \_\_\_\_\_

#### LES ATTENTES DU MÉDECIN ADRESSEUR

##### Modalités d'intervention de la SDC souhaitées

- Avis téléphonique
- Concertation sur dossier
- Téléconsultation (avec le patient)
- Télé-expertise (avec le médecin)
- Consultation du patient en présentiel en SDC
- Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

## LES ATTENTES DU MÉDECIN ADRESSEUR

Types d'interventions de la SDC souhaitées (plusieurs choix possibles)

- Avis diagnostique
- Avis thérapeutique
- Évaluation et, au besoin, prise en charge spécialisée en SDC
- Accès à une technique spécifique (à préciser) : \_\_\_\_\_
- Aide à la coordination du parcours de santé
- Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

Commentaires éventuels

Demande en urgence (somatique, sociale ou autre)  oui  non

Si oui, justification du recours au dispositif coupe-file (obligatoire) :

.....

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA DEMANDE

Aggravation récente du syndrome douloureux (selon le médecin adresseur) :  oui  non

Date d'apparition initiale de la douleur motivant la demande : \_\_\_\_\_

Diagnostic étiologique de la douleur

- Connu (à préciser) : \_\_\_\_\_
- Inconnu (le cas échéant, hypothèse du médecin adresseur) : \_\_\_\_\_

Situation déjà évaluée par un (des) spécialiste(s) de la douleur ?  oui  non

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

Douleur déjà évaluée par un service hospitalier de spécialité ?  oui  non

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

**Comorbidités principales** (dont psychiatriques, avec si possible dates de début) :

Risque ou situation addictive :  oui  non

Si oui, préciser la(es)quelle(s) :

#### Situation socio-professionnelle

- Arrêt de travail (préciser la date) : \_\_\_\_\_
- Invalidité (avec date de début) : \_\_\_\_\_  totale  partielle
- Poste de travail aménagé
- RQTH (avec date de début) : \_\_\_\_\_
- Chômage (préciser la date de début) : \_\_\_\_\_
- Retraite (préciser la date de début) : \_\_\_\_\_

Situation socio-familiale (à préciser si possible) :

Quelles sont selon vous les attentes principales du patient vis-à-vis d'une consultation spécialisée de la douleur chronique ?

.....

#### RÉPONSE DU MÉDECIN DE LA SDC

Consultation en urgence (coupe-file) :  oui  non

#### Modalités d'intervention proposées

- Avis téléphonique
- Réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) sur dossier
- Téléconsultation (avec le patient)
- Télé-expertise (avec le médecin)
- Consultation du patient en présentiel en SDC
- Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

Rendez-vous (consultation en présentiel ou de téléconsultation) proposé au patient (le cas échéant)

Date et heure : \_\_\_\_\_

Modalités : \_\_\_\_\_

Contact en distanciel (hotline, télé-expertise) proposé au médecin demandeur (le cas échéant)

Date et heure : \_\_\_\_\_

Modalités : \_\_\_\_\_

#### Commentaires éventuels

.....

#### Les délais de prise en charge par la SDC

Date de réception de la demande du médecin adresseur : \_\_\_\_\_

Date de réponse du médecin de la SDC : \_\_\_\_\_

Délais d'attente pour une première évaluation de la situation en SDC (le cas échéant) quelle qu'en soit la modalité :

.....

# Références bibliographiques

---

1. 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>
2. 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](https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire)
3. 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](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)
4. 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](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf)
5. Haut conseil de la santé publique. Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris: La Documentation française; 2011.  
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=295>
6. 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>
7. 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>
8. International association for the study of pain. Task force on wait-times. Summary and recommendations. Washington: IASP; 2009.  
[https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP\\_Wait\\_Times.pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP_Wait_Times.pdf)
9. 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>
10. 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>
11. 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>
12. 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](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante)
13. 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).
14. Direction générale de l'offre de soins. Instruction no DGOS/PF2/2018/240 du 29 octobre 2018relative 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).

# Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans le groupe de travail et le groupe de lecture.

## 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 FERTOUT-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

## Groupe de lecture

Pr Éric VIEL, anesthésiste réanimateur et algologue, Nîmes  
Dr Sébastien SCHITTER, médecine physique et de réadaptation  
Dr Évelyne RENAULT-TESSIER, oncologue, soins de support et algologue, Paris  
Dr Ségolène PERRUCHIO, médecin de soins palliatifs  
Dr Sylvie ROSTAING, anesthésiste-réanimateur et algologue  
Dr Frédérique GIGNOUX-FROMENT, psychiatre, Clamart  
Dr Xavier FRITEL, gynécologue-obstétricien, Poitiers  
Dr Patrick FOURNET, gynécologue-obstétricien  
Dr Élisabeth FOURNIER-CHARRIÈRE, pédiatre  
Dr Françoise CAPRIZ, gériatre, Nice  
Dr Yves PASSADORI, gériatre  
Dr Céline ORSET, médecin du travail, Morez

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 MICK Gérard, 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

Dr Catherine MOREAU-COLSON, médecin du travail  
Dr Florian BAILLY, rhumatologue et algologue, Paris  
Dr Jean-Nicolas CORNU, urologue  
Dr Jean-Marc SABATE, gastro-entérologue  
Dr Frédérique CHARASSON, médecin de l'Éducation nationale, Versailles  
M. Vincent KUNTZ, pharmacien  
M. Charles QUESADA, masseur-kinésithérapeute  
M. Laurent ROUSSEAU, masseur-kinésithérapeute  
Mme Isabelle SANSELME, infirmière, MSCI spécialité gérontologie  
Mme Danièle CHAUMIER, usager du système de santé  
Mme Marie-Pierre HOMERIN, infirmière, Privas  
M. Maxence GAL, infirmier, Sanary-sur-Mer

## Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

# Abréviations et acronymes

---

<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>APA</b>	Activité physique adaptée
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>BMP</b>	Bilan partagé de médication
<b>CARSAT</b>	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail
<b>CdS</b>	Centre de soins
<b>CETD</b>	Centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique
<b>CIM-11</b>	Classification internationale des maladies (11 <sup>e</sup> version)
<b>CLUD</b>	Comités de lutte contre la douleur
<b>CMG</b>	Collège de médecine générale
<b>CNRD</b>	Centre national de ressources de lutte contre la douleur
<b>CPTS</b>	Communauté professionnelle territoriale de santé
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>DAC</b>	Dispositif d'appui à la coordination
<b>DESC</b>	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'Offre de soins
<b>DMP</b>	Dossier médical partagé
<b>DP</b>	Dossier pharmaceutique
<b>DU</b>	Diplôme universitaire
<b>DUI</b>	Diplôme inter-universitaire
<b>Ehpad</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>FST</b>	Formation spécifique transversale
<b>EMDR</b>	<i>Eye-Movement Desensitization and Reprocessing</i>
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>ESP</b>	Équipe de soins primaires
<b>FAM</b>	Foyer d'accueil médicalisé
<b>GRADeS</b>	Groupement régional d'appui au développement de la e-santé
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>IASP</b>	<i>International Association for the Study of Pain</i>
<b>IPA</b>	Infirmier en pratique avancée
<b>IRD</b>	Infirmier ressource douleur
<b>MAS</b>	Maison d'accueil spécialisée
<b>MIGAC</b>	Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation
<b>MSP</b>	Maison de santé pluriprofessionnelle
<b>MSSanté</b>	Messagerie sécurisée santé
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile

<b>PPCS</b>	Projet personnalisé de coordination en santé
<b>RCP</b>	Réunion de concertation pluridisciplinaire
<b>RDV</b>	Rendez-vous
<b>RQTH</b>	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
<b>RSP</b>	Réunion de synthèse
<b>SAU</b>	Service d'accueil d'urgence
<b>SDC</b>	Structures douleur chronique (consultations et centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique)
<b>SFETD</b>	Société française d'évaluation et de traitement de la douleur
<b>SSIAD</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>TCC</b>	Thérapie cognitivo-comportementale

---

Retrouvez tous nos travaux sur

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

