



Ouvrage dirigé
par le **Pr Frédéric Aubrun**

Groupe de pilotage
**Frédéric Aubrun, Séverine Conradi,
Aline Le Chevalier, Virginie Piano**

Structures Douleur Chronique en France (SDC)

Guide de Bonnes Pratiques

Éditions Med-line
74, boulevard de l'hôpital
75013 Paris
www.med-line.fr

Structures Douleur Chronique en France (SDC)

Guide de Bonnes Pratiques

© 2019

ISBN : 978-2-84678-272-2

Achevé d'imprimer par Pulsio en Novembre 2019 - Dépôt légal : Novembre 2019.

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable de tout incident ou accident, tant aux personnes qu'aux biens, qui pourrait résulter soit de sa négligence, soit de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions ou idées décrits dans cet ouvrage. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie. Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs ou de leurs ayants droits ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Sommaire

Introduction 9

Partie 1 : État des lieux

► **Chapitre 1**
Définition du syndrome douloureux chronique 13
Virginie Piano

► **Chapitre 2**
La prise en charge de la douleur est une priorité de Santé Publique 15
Frédéric Aubrun

► **Chapitre 3**
Douleur chronique : spécificités de la France en Europe 17
Virginie Piano, Alain Serrie

► **Chapitre 4**
Nécessité d'actualiser le référentiel sur les SDC 21
Serge Perrot

Partie 2 : Organisation des structures spécialisées en douleur chronique et recommandations pour une meilleure pratique

Préambule..... 27

Liste des abréviations 29

► **Chapitre 1**
Identification et labellisation des SDC : Centres et Consultations douleur chronique 33
Didier Bouhassira, Aline Le Chevalier, Séverine Conradi, Véronique Barfety-Servignat, Christine Berlemont, Virginie Piano, Jean-Michel Gautier

► **Chapitre 2**
Les acteurs de la prise en charge des patients en SDC : leurs rôles et leurs missions 41
Virginie Piano, Aline Le Chevalier, Séverine Conradi, Véronique Barfety-Servignat

► **Chapitre 3**
Les bonnes pratiques de l'évaluation et du diagnostic d'une douleur chronique en SDC 57
Serge Perrot, Christine Berlemont, Séverine Conradi, Virginie Piano

► **Chapitre 4**
Relations institutionnelles 73
Frédéric Aubrun, Serge Perrot

► Chapitre 5	
Activité d'analgésie ambulatoire en milieu hospitalier	75
<i>Sylvie Rostaing, Nadine Attal, Catherine Karanfilovic, Valéria Martinez</i>	
► Chapitre 6	
Recommandations professionnelles concernant la prise en charge des principales douleurs chroniques non cancéreuses	103
<i>Nadine Attal, Serge Perrot</i>	
► Chapitre 7	
Prise en charge des patients atteints de douleur(s) du cancer par les SDC	115
<i>Sophie Laurent, Florence Tiberghien, Claire Delorme, Denis Dupoirion</i>	
► Chapitre 8	
Les techniques complémentaires.....	121
<i>Christine Berlemont, Elisabeth Collin, Séverine Conradi, Aline le Chevalier</i>	
► Chapitre 9	
Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)	125
<i>Jean-Michel Gautier, Frédéric Aubrun</i>	
► Annexe 1	
Fiche métier « Infirmier Ressource Douleur »	129
► Annexe 2	
Fiche métier « Psychologue Douleur »	133
► Annexe 3	
Évaluation de la douleur en SDC, Guide de bonnes pratiques SFETD	137
► Échelle Visuelle Analogique : EVA	137
► Échelle Verbale Simple : EVS	138
► Questionnaire Douleur Saint-Antoine : QDSA.....	139
► Questionnaire DN4	140
► Neuropathic Pain Symptom Inventory : NPSI.....	141
► Échelle Doloplus	142
► Échelle Algoplus	143
► Échelle Comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA)	144
► Questionnaire first	145
► Échelle HADs Anxiété Dépression	146
► Échelle QCD : Questionnaire concis de la douleur	149
► HIT-6 : Questionnaire sur l'impact des maux de tête.....	150
► Questionnaire MIDAS : Migraine Disability Assessment.....	151
► Opioid Risk Tool (ORT)	152
► Prescription Opioid Misuse Index (POMI)	152
► Échelle d'observance de Morisky.....	153

► Échelle d'observance utilisée dans les programmes d'éducation thérapeutique	153
► Échelle numérique.....	153
► EVA (Échelle Visuelle Analogique) Pédiatrique.....	154
► L'échelle des visages (FPS-R : Faces Pain Scale – Revised).....	155
► EN (Échelle Numérique).....	156
► Schéma du bonhomme en pédiatrie	157
► EVENDOL	158
► Principales échelles d'hétéro-évaluation chez le nouveau-né, le prématuré et le nourrisson.....	159
► DAN Douleur Aiguë du Nourrisson	161
► EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né).....	162
► HEDEN.....	163
► Échelle DEGR.....	164
► Échelle d'évaluation de l'enfant dyscommuniquant, en situation de handicap.....	165
► Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficience Intellectuelle.....	166
► Échelle Douleur Enfant San Salvador	167
► Échelle d'évaluation de la douleur en réanimation	168
► Échelle BPS.....	169
► Tableau récapitulatif des différentes échelles.....	170

Partie 3 : Innovations depuis toujours, propositions pour demain

Responsable section : Gérard Mick

Nom des auteurs : Nadine Attal, Frédéric Aubrun, Justine Avez-Couturier, Véronique Barfety, Christine Berlemont, Séverine Conradi, Rodrigue Deleens, Claire Delorme, Catherine Karanfilovic, Valéria Martinez, Gérard Mick, Aline Le Chevalier, Isabelle Nègre, Serge Perrot, Virginie Piano, Gisèle Pickering, Sylvie Rostaing.

1. Le parcours de santé du patient douloureux chronique, enjeu de santé publique	175
1.1. La douleur chronique, au-delà de la pathologie	176
1.2. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie	176
1.3. Le parcours de santé du patient douloureux chronique au cœur des missions des SDC	176
2. La SDC au service du parcours de santé du patient douloureux chronique :	
postures d'aujourd'hui, évolutions pour demain	177
2.1. Le patient et la SDC :	
une co-construction du parcours de santé spécifique à la douleur chronique.....	177
2.2. Les métiers au sein de la SDC	179
2.3. Les compétences des équipes des SDC	184
2.4. La SDC en tant que structure transversale hospitalière	191
2.5. La SDC au cœur du maillage et de la coordination entre acteurs en santé	194

► Annexe 1

Annexe CODAGE	201
► Le codage de l'activité d'hospitalisation en MCO.....	201
► Il existe essentiellement trois types de diagnostics	202
► La diversité des codes utilisables	203
► Et les activités non codables ?.....	204

▶ Les autres voies de valorisation de l'activité.....	204
▶ L'IDE ressource / l'infirmière Ressource Douleur (IRD)	205
▶ Le psychologue	205
 ▶ Annexe 2	
Annexe FORMATION	209
▶ Critères généraux d'identification des SDC indiquant les notions de formation	209
 ▶ Annexe 3	
Annexe des axes d'amélioration.....	211
▶ AXE 1 : Améliorer l'accès aux consultations dans les SDC et l'information des citoyens	211
▶ AXE 2 : Améliorer la formation des professionnels de santé et du social portant sur la douleur chronique	212
▶ Axe 3 : Améliorer la qualité des soins reçus par les patients.....	212
▶ AXE 4 : Proposer des actions innovantes au service de la douleur chronique	213
▶ AXE 5 : Innover dans l'organisation de la santé dans le domaine de la douleur chronique	213
▶ Rappel sur la description et la valorisation des venues ambulatoires	215

Liste des auteurs

Pr Nadine Attal, CETD, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt.

Pr Frédéric Aubrun, Département d'anesthésie réanimation douleur, Groupe Hospitalier Nord – Hospices Civils de Lyon.

Dr Justine Avez-Couturier, CETD, CHU de Lille.

Madame Véronique Barfety-Servignat, Psychologue, Consultation douleur et rhumatologie, CHU de Lille.

Madame Christine Berlemont, Infirmière référente douleur et Directrice administrative de l'école EURIDOL (Graduate School of Pain), Strasbourg.

Pr Didier Bouhassira, INSERM U 987, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt.

Dr Elisabeth Collin, Consultation douleur, Hôpital Avicenne, Bobigny.

Madame Séverine Conradi, Psychologue, CETD, CHRU de Nancy.

Dr Rodrigue Deleens, CETD, Hôpital Charles Nicole, Rouen.

Dr Claire Delorme, CETD, Établissement du Bessin, Bayeux.

Dr Denis Dupoiron, Département d'Anesthésie - Douleur, Institut de Cancérologie de l'Ouest - Paul Papin, Angers.

Monsieur Jean-Michel Gautier, Infirmier Ressource Douleur, Coordination générale des soins, Hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier.

Dr Catherine Karanfilovic, Département d'information médicale, Centre hospitalier de Bligny.

Dr Sophie Laurent, CETD, Institut Gustave Rousse, Villejuif.

Madame Aline Le Chevalier, Infirmière Ressource Douleur, Consultation douleur, CH Avranches-Granville.

Pr Valéria Martinez, Service anesthésie et Consultation douleur, Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP, Garches.

Dr Gérard Mick, CETD, Centre hospitalier de Voiron.

Dr Isabelle Nègre, CETD, Hôpital Bicêtre, AP-HP, Le Kremlin Bicêtre.

Pr Serge Perrot, CETD, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris.

Dr Virginie Piano, CETD, CH de la Dracénie, Draguignan.

Pr Gisèle Pickering, CPC et CIC, INSERM 1405, CHU de Clermont Ferrand.

Dr Sylvie Rostaing, Consultation douleur, Unité fonctionnelle de soins de support en oncologie, Institut Sainte Catherine, Avignon.

Pr Alain Serrie, CETD, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris.

Dr Florence Tiberghien, Unité d'évaluation et de traitement de la douleur, Clinique Saint Vincent de Paul, Bourgoin Jailleux.

Introduction

Structures Douleur Chronique en France (SDC)

Guide de Bonnes Pratiques

La douleur chronique est un enjeu de Société car elle concerne plus de 20 % de la population française. La prise en charge des douleurs par des équipes spécialisées a fait l'objet de recommandations de bonne pratique depuis une vingtaine d'années, successivement par l'ANAES, l'HAS et sous l'impulsion de Sociétés Savantes, principalement la SFETD. La qualité des soins s'est significativement améliorée à l'appui de ces référentiels mais il reste d'importantes marges de progression. Ainsi, dix ans après l'élaboration des critères d'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle par les Autorités sanitaires françaises, il convient de rappeler, après un état des lieux de la prise en charge de la douleur dans notre pays, les recommandations de ces Structures Douleur Chronique (SDC) en intégrant les règles de fonctionnement mais aussi les bonnes pratiques dans l'évaluation, le diagnostic et la stratégie thérapeutique de ces structures. Il est également indispensable de proposer une démarche innovante, basée sur un parcours patient structuré afin d'améliorer l'efficience et l'efficacité de ces SDC dont le fonctionnement et le financement doivent être impérativement sanctuarisés à l'instar de nos voisins européens.

Ce travail concerne essentiellement l'adulte. Une réflexion sur le parcours de l'enfant douloureux sera proposée ultérieurement.



Partie 1

État des lieux

► *Chapitre 1*

Définition du syndrome douloureux chronique

Virginie Piano

► *Chapitre 2*

La prise en charge de la douleur est une priorité de Santé Publique

Frédéric Aubrun

► *Chapitre 3*

Douleur chronique : spécificités de la France en Europe

Virginie Piano, Alain Serrie

► *Chapitre 4*

Nécessité d'actualiser le référentiel sur les SDC

Serge Perrot

Définition du syndrome douloureux chronique

Virginie Piano

1. Définition de la douleur

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion. »¹⁻²

La douleur aiguë est une douleur d'apparition récente, quelle que soit son intensité, dont la définition précise fait encore débat.

2. La douleur chronique

La douleur chronique est une douleur qui dure plus de 3 mois malgré un traitement initial bien conduit¹⁻³. On peut considérer le syndrome douloureux chronique comme une maladie en soi. Il s'agit en effet d'un « syndrome multidimensionnel qui, lorsque la douleur exprimée (quelle que soit sa topographie et son intensité) persiste ou réapparaît au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. »³⁻⁴

Le modèle biopsychosocial de maladie proposé pour la première fois par le psychiatre Engel en 1977 a été adapté à la douleur chronique et permet au mieux de prendre en compte la dimension biologique, psychologique, mais aussi sociale et sociétale de la douleur chronique.⁵

Certains signes cliniques doivent alerter le clinicien :

- la résistance à l'analyse clinique et au traitement bien conduit et suivi ;
- la composante anxieuse, dépressive ou toutes autres manifestations psychopathologiques ;
- les interprétations ou croyances du patient éloignées des interprétations du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements.

3. La douleur neuropathique

C'est une douleur liée à une lésion ou une maladie du système somatosensoriel.⁴

4. Facteurs de risques de chronicité douloureuse

Les facteurs de risque de chronicité douloureuse décrits dans la littérature sont notamment :

- génétiques⁶,
- antécédents médicochirurgicaux douloureux⁷,
- des facteurs psychosociaux⁸⁻⁹.

Ceux-ci ont été particulièrement étudiés dans la lombalgie chronique⁷ et incluent notamment les attitudes et croyances, le comportement familial, la régulation émotionnelle, des stratégies de « coping » passives, le type d'activité professionnelle et des facteurs médico-légaux.

5. Principes d'évaluation du syndrome douloureux chronique

L'évaluation de première intention d'un syndrome douloureux chronique comprend :

- l'évaluation des antécédents médico/chirurgicaux personnels et familiaux du patient ;
- un bilan à la recherche des causes de la douleur (entretien, examen clinique, examens complémentaires nécessaires) ;
- une auto-évaluation de son intensité, ou à défaut de participation possible du patient, une hétéro-évaluation adaptée, avec un suivi régulier de l'évolution ;
- une recherche de son retentissement social, scolaire ou professionnel, et économique ;
- une analyse des résultats des traitements antérieurs, médicamenteux ou non ;
- la recherche de troubles anxieux, dépressifs ou de manifestations psychopathologiques induits ou associés, mais aussi des interprétations et croyances du patient.

6. Conclusion

Le syndrome douloureux chronique est une maladie nécessitant une prise en charge spécifique, auprès d'équipes formées adaptées au patient, à son environnement et ses attentes, avec un accompagnement sur le long cours. Une évaluation multidimensionnelle et une prise en charge multidisciplinaire sont essentielles et sont basées sur le modèle « biopsychosocial ».

La prise en charge de la douleur est une priorité de Santé Publique

Frédéric Aubrun

La douleur chronique concerne près d'un français sur cinq. Elle est le premier motif de consultation aux urgences et chez le médecin généraliste. Elle touche toutes les catégories socio-professionnelles, notamment les âges extrêmes de la vie, les personnes vulnérables, les patients souffrant de cancer comme ceux de céphalées ou de fibromyalgie. Moins de 3 % des patients douloureux chroniques bénéficient d'une prise en charge adaptée dans une des structures spécialisées du territoire national.

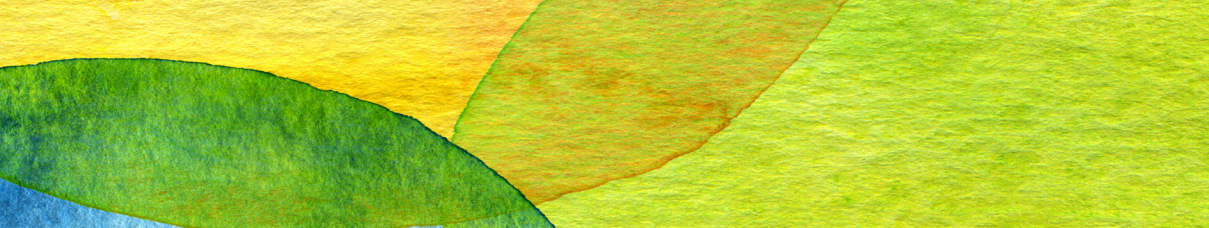
D'après un rapport de 2011 de l'Académie nationale de médecine des États-Unis, la douleur chronique concerne 116 millions d'adultes soit plus d'un citoyen américain sur trois, avec un coût annuel estimé entre 560 et 635 milliards de dollars.¹⁰

Les enjeux consistent à prévenir mais aussi mieux prendre en charge les patients souffrant de douleurs aiguës (facteurs de risques de chronicisation de la douleur) et de douleurs chroniques rebelles, de manière à réduire les coûts sociétaux.

Depuis 1998, trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédés permettant le développement de structures de lutte contre la douleur (SDC). Leur nombre a fortement progressé passant de 96 en 2001 à 200 cinq ans plus tard. Actuellement, 245 SDC sont labellisées par les Agences Régionales de Santé. Ces structures ont permis de réduire l'errance diagnostique et thérapeutique de millions de français et de soulager les médecins généralistes et spécialistes. La première recommandation du Livre Blanc 2017 pour la douleur réalisé par la SFETD précise qu'il faut « maintenir et consolider le rôle des centres spécialisés dans la prise en charge de la douleur, qui se sont développés au cours des vingt dernières années et ont fait la preuve de leur efficacité ». Or, nombre de ces structures sont désormais en danger.

Ce document répond aux attentes des acteurs de soins et de l'ensemble des personnels impliqués dans les SDC. Il précise le fonctionnement de ces structures, leurs forces et leurs fragilités. Il intègre enfin des recommandations de la SFETD dont la seule finalité est de pérenniser ces structures devenues indispensables à la prise en charge de la douleur chronique, véritable défi de Santé Publique dans notre pays.

La prise en compte de la douleur est un enjeu de Société car elle constitue un des premiers postes budgétaires en Santé Publique. Il s'agit donc d'un indicateur de santé efficient.



- Un Français sur trois souffre de douleur chronique et seuls 400 000 d'entre eux sont suivis dans des consultations spécialisées. Ce sont les Structures Douleur Chronique (SDC). Il en existe pourtant 243 en France, mais ce chiffre est certainement insuffisant.
- Qu'est-ce qu'une Structure Douleur Chronique ? Comment fonctionne-t-elle ? Comment est-elle financée ? Cet ouvrage répond à de nombreuses questions et propose des pistes pour mieux prendre en charge la douleur de millions de Français, dont beaucoup sont en errance diagnostique et thérapeutique.
- Les Structures Douleur Chronique ont été créées dans les années 1990 et n'ont cessé de s'étendre constituant un formidable maillage territorial. Elles étaient au nombre de 96 en 2001 ; elles ont plus que doublé aujourd'hui. Notre pays est le seul à disposer d'une telle organisation et d'une telle conjonction de compétences et d'expertises. Il ne pouvait en être autrement compte tenu de la complexité des situations rencontrées chez les patients douloureux chroniques.
- Il règne au sein des SDC une « alchimie » où chaque membre de l'équipe douleur (médecin, infirmier(e), psychologue, rééducateur, secrétaire...) a un rôle bien précis, qui s'inscrit dans une collaboration indispensable pour une meilleure prise en charge des patients.
- Il était nécessaire, deux ans après la parution du *Livre blanc de la douleur*, de publier un guide de bonnes pratiques sur les SDC en proposant 50 recommandations sur leur fonctionnement, mais aussi sur les stratégies thérapeutiques autour de la douleur, tant en consultation qu'en hospitalisation de jour. Ces SDC sont victimes de leur succès, avec un délai d'accès qui ne cesse de s'allonger.
- La SFETD a confié à un groupe d'experts la mission de proposer des actions innovantes s'inscrivant, pour certaines d'entre elles, dans un changement complet de paradigme, mais toujours centrées sur le patient. Il s'agit de proposer un parcours patient sanctuarisé qui permettra une meilleure prise en charge, plus rapide, tout en protégeant ces SDC, entités indispensables du paysage sanitaire de notre pays.

Pr Frédéric Aubrun

29,00 € TTC

ISBN : 978-2-84678-272-2



9 782846 782722



MED-LINE
Editions

