

LIVRE BLANC

STRUCTURES DOULEUR EN

FRANCE



Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

Prise en charge de la Douleur Chronique en France en 2014-2015

Document élaboré par

la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD)

Coordination: Christelle Créac'h

Groupe de travail: Justine Avez-Couturier, Véronique Barféty-Servignat, Christine Berlemont, Didier Bouhassira, Jean-Michel Gautier, Michel Lanteri-Minet, Serge Perrot, Virginie Piano.



SOMMAIRE

1 - La douleur chronique : un enjeu de société	p4
2 - L'offre de soins	
2.1. Les structures Douleur en France: de la naissance à l'âge mûr	p9
2.2. Etat des lieux des structures Douleur en France en 2015	p13
2.3- Le financement des structures	p20
3 - Interactions entre les Structures douleur, les autres professionnels de santé et les associations de patients	
3.1. Les liens à l'intérieur des structures	p30
3.2. Les structures douleur et les autres services dans l'hôpital	p30
3.3. Les inter-clud, les réseaux, les sociétés régionales	p31
3.4. Interactions avec les Sociétés Savantes Nationales	p32
3.5. Interactions entre les structures douleur et les Associations de patients	p32
4- La formation et l'enseignement	
4 .1. La formation médicale, l'enseignement universitaire dans les facultés de médecine	p35
4.2 Les formations IDE	p39
4.3 Les formations des psychologues	p40
5- La recherche dans le domaine de la Douleur en France:	
5.1 Etat des lieux	p42
5.2 La Recherche clinique au sein des Structures Douleur	p45



6 - Analyse stratégique : points forts, points faibles, opportunités, menaces, quelles orientations pour demain ?	p46
7- Conclusions	p51
Annexes	
Annexe I: Présentation de la SFETD	p52
Annexe II: Objectifs du COLLEGE des ENSEIGNANTS de la DOULEUR - CED	p53
Annexe III: Les Capacités « douleur » en France	p54
Annexe IV: Présentation de l'AFPAR	
Annexe V: Le Réseau Inserm Douleur en France	p57
Bibliographie	p58



1 - La douleur chronique : un enjeu de société

La douleur chronique correspond à un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Selon l'HAS (2008) ¹, il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

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

La douleur chronique peut être accompagnée :

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

Près de 20% de la population française adulte souffrirait de douleur chronique d'intensité modérée à sévère selon l'étude STOPNEP effectuée en Population générale (Bouhassira et al., 2008) ².

Cette prévalence passe de 6% chez l'enfant de 9 à 13 ans (Van Dijk A. et al. 2006) ³ à 60% chez des sujets âgés, un tiers d'entre eux présentant des douleurs chroniques sévères (Rapport HAS 2000) ⁴. L'enquête "PainSTORY" ⁵, réalisée en 2009, démontre que 44 % des patients déclarent se sentir seuls dans leur combat contre la douleur et 2 patients sur 3 se sentent anxieux ou déprimés en raison d'une douleur chronique. Ceci illustre bien le retentissement majeur de la douleur chronique sur le plan émotionnel (cahier n°1 SFETD) ⁶. Sur le plan social, d'après l'étude "ECONEP" 45 % des patients douloureux chroniques sont concernés par des arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois /an ⁷.

Les médecins consultés sont avant tout les médecins généralistes. Or, ceux-ci ne peuvent pas assurer la prise en charge globale de ces patients tel que le recommande l'HAS, faute de temps, de soutien... Les consultations avec des patients souffrant de douleurs chroniques prennent du temps, or la durée de consultation n'est pas valorisée. Ces consultations requièrent par ailleurs une approche pluri-disciplinaire et pluri-professionnelle ⁸, ainsi que des connaissances dans des domaines pharmacologiques et non pharmacologiques pour lesquels les soignants ne sont pas toujours suffisamment formés.

Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur (centres, consultations) ont été créées justement pour pallier à ces difficultés et améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Leur efficacité repose sur quatre facteurs indispensables ⁸:

- le **financement d'équipes pluri-disciplinaires et pluri-professionnelles** incluant au sein d'un même site des médecins, des personnels de soins para-médicaux, des psychologues, de professionnels sociaux ...
- la **compétence préalable des professionnels de soins dans le domaine de la douleur chronique**, compétence assurée grâce à la formation universitaire (capacité, DIU) mais aussi grâce aux échanges entre les professionnels de la douleur (réunions locales, régionales, congrès nationaux etc..).

- la **prise en compte du temps de consultation** nécessaire à l'évaluation du patient, la mise en place des axes de soins et leur coordination.
- la **possibilité d'accueillir les patients dans un lieu dédié permettant des programmes de soins, et/ou des lits d'hospitalisation** indispensables à certains soins ne pouvant être effectués en ambulatoire.

Différentes **recommandations de bonnes pratiques professionnelles** ont été élaborées dans les quinze dernières années sous l'égide de l'ANAES ^(9, 10, 11, 12, 13), puis de l'HAS ^{1, 4}, ainsi que sous l'impulsion de Sociétés savantes (recommandations de Limoge ¹⁴; recommandations de la SFETD ^{15; 16}). La large diffusion de ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles a permis **d'améliorer considérablement la qualité des soins** auprès des patients souffrant de douleurs chroniques en France. De façon intéressante, le respect de ces recommandations permet de réduire la consommation médicale de ces patients, qu'il s'agisse de l'auto-médication ou des demandes anarchiques d'examens complémentaires.

« L'intérêt médico-économique des approches multidisciplinaires par une structure adaptée a été démontré ¹⁷. »

D'autre part, la prévention des douleurs induites et la détection précoce du mécanisme de la douleur permettent d'éviter une chronicisation. Ainsi, outre son **intérêt direct évident pour les patients**, une prise en charge adaptée et la plus précoce possible de la douleur chronique est un **modèle médico-économique rentable**.

En 2005, la SFETD avait réalisé un livre blanc de la douleur ¹⁸, permettant de mieux comprendre les enjeux de la prise en charge de la douleur et les moyens d'y faire face. Ce livre blanc se situait dans un contexte favorable, voyant l'émergence de nouvelles structures, la mise à disposition de nouveaux moyens et le développement de formations. Ce premier livre blanc était un préalable à l'enquête HAS 2008 sur la prise en charge du patient douloureux chronique et aux recommandations qui allaient en découler.

En 2015, les plans gouvernementaux « douleur » sont au point mort, un grand nombre d'incertitudes pèsent sur les structures, sur la formation à la douleur et les restrictions budgétaires vont croissantes. Dans ce nouveau contexte, le Conseil d'Administration de la SFTED (Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur - Annexe I) a souhaité réaliser un nouvel état des lieux concernant les structures de prise en charge de la douleur chronique en France (dites Structures Douleur), en reprenant d'une part **l'historique de leur mise en place** et d'autre part **l'analyse de leur situation actuelle**.

Ce second livre blanc des structures a pour objectif **d'analyser les capacités des Structures Douleur à remplir les missions qui leur ont été attribuées et comprendre les limites rencontrées**. Trois domaines ont été pris en compte dans ce livre-blanc : 1) **l'analyse de l'offre de soins sur le territoire** pour les patients présentant des douleurs chroniques 2) **la transmission du savoir et les efforts de formation** de l'ensemble des personnels de soins dans et en dehors des structures 3) **le développement de la recherche clinique et la promotion des démarches de recherche translationnelle** dans le domaine de la douleur.

L'enquête "Forum douleur 2014" visait à mieux connaître l'activité des structures douleur, à apprécier l'adéquation entre les demandes de soins et les postes financés, à analyser les types de collaborations mises en place au niveau local et locorégional, à décrire les activités de formation, de recherche, et enfin, à répertorier les principales difficultés de fonctionnement, d'accès à certains plateaux techniques et/ou certaines thérapeutiques. Un questionnaire a été ainsi mis en ligne du 13/10/2014 au 6/11/2014 (logiciel e-touches- analyse Sphinx Lexica V5). Il était adressé à chaque responsable de structure, avec comme consigne de remplir le questionnaire, dans la mesure du possible, de façon pluri-professionnelle, de façon à avoir une vision proche du terrain. 134 questionnaires ont été analysés, ce qui correspond à un taux de réponse de 53 % des structures interrogées. Parmi les 134 réponses obtenues, 71 concernaient des Consultations identifiées par l'ARS, 55 concernaient des Centres identifiés par l'ARS, et 8 concernaient des consultations non identifiées spécifiquement par l'ARS en 2014.

Il a été construit à partir d'éléments factuels issus des données de l'ARS et des établissements de soin concernant l'activité 2013, ainsi que des données déclaratives issues de deux enquêtes en ligne, réalisées par la SFETD, auprès des Structures Douleur.

L'enquête « Vos difficultés en 2015 » visait à connaître les difficultés actuelles et les craintes pour l'avenir dans les 2 à 5 ans, concernant le financement de la structure, son personnel médical et non médical, son intégration locale dans le maillage territorial et hospitalier. Le questionnaire a été également développé sur le système en ligne e-touches et adressé à toutes les structures. Les 77 réponses obtenues nous ont permis de mieux comprendre les problématiques des structures sur le terrain

Prendre en charge la douleur chronique en la prévenant, la détectant et la soignant est un enjeu majeur pour notre société, car elle touche nos patients, leurs familles, leurs employeurs et leurs soignants.



2- L'Offre de soins

2.1. Les Structures Douleur en France: de la naissance à l'âge mûr

Dès 1998, les autorités sanitaires françaises ont proposé des critères d'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle (Circulaire DGS/DH n°98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle). Ces critères permettaient l'identification de trois types de structures :

- 1) "**consultation pluridisciplinaire**" représentant le maillon essentiel ;
- 2) "**unité pluridisciplinaire**" mettant en œuvre les thérapeutiques nécessitant l'accès à l'utilisation d'un plateau technique et/ou des places ou lits d'hospitalisation ;
- 3) "**centre pluridisciplinaire**" au sein d'un centre hospitalo-universitaire ayant, en outre, pour mission l'enseignement et la recherche sur le thème de la douleur.

On rappellera que parallèlement, la loi de santé publique du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a par la suite reconnu **le soulagement de la douleur comme un droit fondamental du patient** ¹⁹. Le code de la santé publique établit dans son article L1110-5, alinéa 4 que "toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit-être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée".

A partir de ces critères, les **trois plans nationaux successifs** ont favorisé le développement de ces structures spécialisées dont le nombre est passé de 96 en 2001 à près de 250 lors du dernier bilan fait par les autorités en 2010-2011 ²⁰. Au-delà de ce nombre, le troisième plan douleur avait mis en exergue certains points d'amélioration (comme le délai d'accès aux structures, le fléchage nécessaire de filières spécialisées, l'amélioration du pilotage des structures et la nécessité de mieux faire connaître l'existence des structures auprès des usagers et des professionnels de santé notamment de premier recours, afin d'accélérer les prises en charge avant toute chronicisation des symptômes douloureux).

A l'issue du troisième plan douleur était prévue une nouvelle identification des structures de prise en charge de la douleur chronique. Cette nouvelle identification dont le retard avait été critiqué par le Haut Conseil de la Santé Publique dans son évaluation du troisième plan douleur²⁰, a débuté en mai 2011 (Instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur) et s'est terminée en 2012 (Instruction DGOS/PF2/2012/268 du 5 juillet 2012 relative à la réalisation d'un annuaire des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique identifiées, et au recueil de leur données d'activité). Elle s'est inscrite dans une volonté de **simplifier l'offre de soins en matière de douleur chronique en ne considérant que deux niveaux de structures**, à savoir des Consultations et des Centres.

La Consultation d'évaluation et traitement de la douleur chronique doit assurer une prise en charge pluri-professionnelle de proximité et dont les missions sont multiples : organiser l'accueil en consultation du patient adressé à la structure ; réaliser une évaluation bio-psycho-sociale du syndrome douloureux chronique ; définir un projet thérapeutique personnalisé sur la base de l'évaluation pratiquée, le proposer au patient et le diffuser aux professionnels impliqués dans son suivi ; mettre en œuvre en son sein une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée après réunion de synthèse, si la situation du patient le nécessite ; établir des liens avec l'environnement socioprofessionnel, associatif et médical du patient (dont son médecin traitant) pour assurer un parcours de soin de qualité ; informer les autres professionnels de santé et informer les usagers ; participer aux consultations internes de son établissement d'appartenance et y améliorer la prise en charge de tous les patients douloureux.

Le Centre d'évaluation et traitement de la douleur chronique doit assurer une prise en charge pluridisciplinaire en ayant accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. En plus des missions de la consultation s'ajoutent des missions propres : apporter un appui aux consultations pour les situations les plus complexes ; proposer des traitements spécifiques dans des domaines d'expertise ; être en mesure d'organiser une prise en charge en hospitalisation ; formaliser des relations avec les associations de patients et communiquer envers le grand public ; promouvoir et/ou participer à la recherche clinique et/ou fondamentale ; contribuer à l'enseignement universitaire (formation initiale - continue) ; participer au recueil de données épidémiologiques.

Cette nouvelle identification des structures de prise en charge de la douleur s'est faite à l'échelle régionale via les Agences régionales de santé qui définissent et organisent l'offre de soins dans leur région. Une majorité des agences régionales de santé a travaillé en étroite collaboration avec les **correspondants régionaux** issus des structures douleur et identifiées comme tels par la SFETD. Ces correspondants régionaux sont ainsi devenus les personnes ressources en terme d'identification de structures pour les ARS, conformément aux souhaits de la Direction Générale de l'Offre de Soins. La nouvelle cartographie des structures françaises de prise en charge de la douleur chronique est maintenant disponible au travers d'un annuaire destiné à tous les professionnels de santé et aux usagers et qui est disponible via le site de la SFETD (www.sfetd-douleur.org) ou directement sur le site du ministère (<http://www.sante.gouv.fr/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc.html>). Cet annuaire comprend le niveau (consultation ou centre) de la structure. La qualification des éventuelles spécificités pour les structures de type « centre » (techniques utilisées, pathologies d'expertise) a été abandonnée devant les difficultés à définir des critères permettant d'identifier ces spécificités.

Le ministère avait initialement proposé après l'instruction de 2011 une liste par région des **SDC dans laquelle apparaissait l'existence d'une spécificité pédiatrique** (exclusive ou non). Cette information n'est toutefois plus diffusée actuellement faute de données exhaustives sur l'offre de soins concernant la prise en charge spécialisée des douleurs de l'enfant et/ou l'adolescent en France. Malgré tout, ceci ne doit pas faire oublier le travail mené par la commission pédiatrique de la SFETD, travail qui peut servir de point de départ à des réflexions futures. Celle-ci avait proposé que la valence pédiatrique ne soit retenue qu'en présence des 3 critères suivants ⁽²¹⁾:

- **Critère d'offre de soins:** il s'agit d'exiger la présence d'au moins un centre régional pédiatrique de référence selon les critères HAS de pluri-professionnalité et d'au moins un médecin (de proximité) par département (temps médical à adapter à la population pédiatrique) disposant des moyens d'exercer la pluri-professionnalité.

- **Critère de formation:** ce critère impose un critère de compétence des médecins prenant en

charge des enfants douloureux chroniques dans le domaine de la pédiatrie (DES de pédiatrie ou, à défaut, au moins trois ans d'exercice en milieu pédiatrique) ET de la prise en charge de la douleur (DIU douleur de l'enfant ou capacité douleur).

- **Critère de respect des spécificités pédiatriques dans l'organisation des soins:** la mutualisation des moyens avec une Structure Douleur adulte et/ou une structure de soins palliatifs doit faire l'objet d'une concertation préalable, et ne doit pas faire perdre de vue la spécificité de la prise en charge de la douleur chronique de l'enfant.

On rappellera enfin que la Direction Générale de l'Offre de Soins a proposé aux différentes agences régionales de santé une **labellisation des structures Douleur pour cinq années seulement**. Le versement des dotations MIG tel qu'il est conçu actuellement (cf. financement des structures infra) prendra donc fin au **31 décembre 2016**. A l'issue de cette période, l'identification de chaque structure devra être réévaluée par l'agence régionale de santé dont elle dépend afin que le labellisation et le financement MIG correspondant soient prolongés.

2.2. Etat des lieux des structures Douleur en France en 2015

2.2.1. Le maillage territorial des structures douleur

D'après les données du site du Ministère le 21 mai 2015, il existe **245 structures incluant 39% de Centres (n=96) et 61% de Consultations (n=149) (Table 1)**. Ces structures sont bien réparties sur l'ensemble du territoire. Cependant, on remarque une hétérogénéité sur le nombre de structures selon les régions. Parmi les régions de métropole les moins dotées, on retrouve la Corse (1 structure), le Limousin (2 structures), la Champagne-Ardenne (4 structures).

2.2.2- L'activité clinique au sein des Structures Douleur

Selon les données des ARS concernant le nombre de consultations médicales externes (Cs) effectuées par les structures identifiées en 2013, 1.6% des structures déclaraient moins de 499 Cs, 34.6% déclaraient entre 500 et 999 Cs, 32.5% entre 1000 et 1999 Cs, 14% entre 2000 et 2999 Cs, 9.5% entre 3000 et 3999 Cs, 4.6% entre 4000 et 4999 Cs et 3.3% au-delà de 5000 Cs.

Selon les données déclaratives de l'Enquête Forum 2014, si l'on considère uniquement les structures recevant des MIG, **la file active de patients vus en consultation externe par an serait en moyenne de 947±705 patients différents**, ce qui représente environ 49%±19% de toutes les consultations externes effectuées. Le nombre de consultations externes concernant des nouveaux patients serait de 490±417/an, soit 25%±11% de toutes les consultations externes effectuées, qu'il s'agisse de Centres ou de Consultations Douleur.

Le délai d'attente moyen estimé est de 13±13 semaines, sous réserve des difficultés d'évaluation de ces délais selon les modifications d'environnements professionnels. Par ailleurs, ce chiffre doit être pondéré par le fait que 83% des structures déclarent avoir mis en place une filière d'accès rapide aux soins, soit en fonction des appels téléphoniques, soit sur sélection de critères cliniques dans les lettres d'admission.

Table 1 : Structures Douleur recensées sur le site du Ministère de la Santé au 16 février 2015

Région	Population*	Maillage territorial			
		Consultation (N)	Centre (N)	Total (N)	ratio/ 100 000 hab
Alsace	1 859 869	1	5	6	0,32
Aquitaine	3 285 970	10	3	13	0,40
Auvergne	1 354 104	5	3	8	0,59
Basse-Normandie	1 477 209	7	3	10	0,68
Bourgogne	1 641 130	5	2	7	0,43
Bretagne	3 237 097	10	4	14	0,43
Centre	2 563 586	7	0	7	0,27
Champagne-Ardenne	1 339 270	2	2	4	0,30
Corse	316 257	1	0	1	0,32
Franche-Comté	1 175 684	3	4	7	0,60
Haute-Normandie	1 845 547	3	4	7	0,38
Ile-de-France	11 898 502	19	16	35	0,29
Languedoc-Roussillon	2 700 266	4	6	10	0,37
Limousin	738 633	1	1	2	0,27
Lorraine	2 349 816	6	4	10	0,43
Midi-Pyrénées	2 926 592	8	7	15	0,51
Nord-Pas-de-Calais	4 050 756	11	4	15	0,37
Pays-de-la-Loire	3 632 614	2	10	12	0,33
Picardie	1 922 342	10	1	11	0,57
Poitou-Charentes	1 783 991	5	1	6	0,34
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 935 576	13	2	15	0,30
Rhône-Alpes	6 341 160	15	9	24	0,38
France métropolitaine	63 375 971	148	91	239	0,38
Guadeloupe	403 314	0	1	1	0,25
Guyane	239 648	0	0	0	0,00
Martinique	388 364	0	1	1	0,26
Océan Indien	1 046 589	1	3	4	0,38
DOM	2 077 915	1	5	6	0,29
Total	65 453 886	149	96	245	0,37

**Populations légales millésimées 2012 entrant en vigueur le 1er janvier 2015 (sources INSEE)*

Environ **80% des structures rapportent une activité d'hospitalisation de jour** avec une moyenne de 177±309 séjours par structure par an. 70% des structures ont un accès à des hospitalisations complètes.

L'enquête forum 2014 a également permis de **montrer l'importance des consultations effectuées par les infirmières (IDE) et les psychologues** dans les structures (**Table 2**). Le ratio entre le nombre de consultations médicales externes et le nombre de consultations externes IDE est de 3.4 avec toutefois un ratio moyen de 2.5 dans les Consultations et de 4.2 dans les Centres. De même, le ratio entre le nombre de consultations médicales externes et le nombre de consultations par des psychologues est de 3.9 avec toutefois un ratio moyen de 3.2 dans les Consultations et de 4.4 dans les Centres. Qu'il s'agisse des consultations auprès des IDE ou des psychologues, on rappellera qu'elles sont généralement comptabilisées par les structures mais non déclarées aux ARS. Il n'y a donc aucune valorisation officielle de ce domaine d'activité. La différence de ratio entre les Consultations et les Centres provient du fait que les centres doivent assurer une activité de formation, de coordination et de recherche, activité qui actuellement implique davantage les médecins que les autres professionnels de soin.

Table 2: Comparaison entre le nombre de consultations médicales externes, le nombre de Consultations infirmières et psychologues (données déclaratives forum 2014)

	Nombre de consultations médicales externes	Nb de consultations externes par des IDE	Nb de consultations externes par des psychologues
Consultations	1263±686	501±528	392±307
Centres	2849±1662	678±730	641±460
Total	1956±1442	576±624	504±401

2.2.3. La prise en charge de la douleur chronique des enfants et des adolescents

Les données de l'ARS ne reflétant pas totalement la réalité du terrain dans ce domaine de la prise en charge de la douleur chronique de l'enfant, il est difficile de fournir un bilan d'activité exhaustif. On peut toutefois dire que dans les quelques régions où il existe des **Structures Douleur reconnues par l'ARS et accueillant spécifiquement les enfants**, celles-ci ont mis en place une organisation permettant d'assurer une réelle pluri-professionnalité, un temps optimal de consultation, d'accueil de la famille et de synthèse. Une première enquête patients réalisée par la commission pédiatrique de la SFETD ²² a montré que la durée moyenne de consultation est de 70 minutes (30-180) chez l'enfant contre 49 minutes (15-83) chez l'adulte, et que 61 % des enfants bénéficient d'une consultation psychologique contre 34% chez l'adulte. Ainsi il paraîtrait important de distinguer dans les structures Douleur l'activité relative aux Adulte et aux Enfants. **Seule une meilleure valorisation de la spécificité pédiatrique de la prise en charge de la douleur chronique permettra d'améliorer la prise en charge de la douleur chez l'enfant.**

En dehors de ces structures, l'adressage des jeunes patients se fait le plus souvent vers les **pédiatres** (qui le plus fréquemment en libéral ou dans des structures sans reconnaissance "douleur" auprès de l'ARS), vers des **spécialistes de la pathologie** (par exemple des neurologues pour la migraines, des gastro-entérologues pour les douleurs digestives, et...), ou encore vers des **médecins intervenant dans des structures douleur qui accueillent des adultes**. Si la plupart de ces structures déclarent pouvoir recevoir des enfants, leur expertise pédiatrique reste toutefois très variable. En effet selon les résultats de l'enquête de la DGOS réalisée en 2009 ²³ concernant la prise en charge de la douleur des enfants et des adolescents, seuls 15% des hôpitaux ou cliniques interrogés (n=16) avaient une file active de plus de 50 enfants, 47% (n=50) avaient déclaré une file active de moins de 10 enfants par an, 16% (n=17) une file active de 10 à 25 enfants par an et 22% (n= 23) une file active de plus de 26 à 50 enfants.

Depuis peu émerge la notion de **médecins référents « douleur pédiatrique de proximité »**

formés par un DIU spécifique et exerçant en dehors d'une structure douleur. Bien qu'ils ne puissent remplacer l'expertise d'une structure douleur pédiatrique, ils permettraient de palier au manque de structures pédiatriques dans certains territoires et/ou au délai de consultation important lié au manque de temps médical dédié dans celles-ci.

2.2.4-L'accès à des techniques ou traitements spécifiques

Selon l'enquête forum 2014, l'accès aux outils d'évaluation, aux thérapeutiques, et aux matériels de soins est majoritairement satisfaisant. Cependant un certain nombre d'informations méritent d'être relevées :

19% des structures (26% des centres et 14% des consultations) déclarent rencontrer des difficultés à financer l'acquisition de certains outils diagnostiques

Les outils diagnostiques cités sont par exemple les matériels d'exploration quantifiée de la sensibilité, les potentiels évoqués laser, l'échographie; etc...). Parmi les **thérapeutiques** citées on note essentiellement la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS). Les difficultés semblent d'autant plus grandes qu'il s'agit d'actes diagnostiques non cotés ou insuffisamment cotés par la CPAM.

30% des structures déclarent ne pas avoir accès à des hospitalisations complètes et 20% ne disposent pas d'hospitalisations de jour. L'absence de lits d'hospitalisation de jour au sein des consultations a par exemple pour conséquence le fait que les établissements refusent certaines prises en charge onéreuses comme l'application de capsaïcine 8%, l'utilisation des pompes intrathécales de Ziconotide. **L'accès à certaines prescriptions médicamenteuses spécialisées est ainsi jugé comme non ou peu satisfaisant par 21% des structures (9% des Centres et 30% des Consultations).** Selon les régions, il existe des difficultés d'accès à des thérapies spécialisées d'usage pourtant

courant dans les milieux algologiques, qu'il s'agisse de gestes d'infiltration (blocs anesthésiques complexes par exemple, infiltrations scanno-guidées), de gestes de radiologie interventionnelle (cimentoplastie, radiofréquence...), voire de gestes de neurostimulation invasive (stimulation cordonale postérieure par exemple) ou non-invasive (stimulation corticale magnétique répétitive - rTMs). Un certain nombre d'approches neurochirurgicales de la douleur ne sont abordées que par certains centres en France du fait des contraintes liées au matériel et/ou du fait de l'importance de l'expérience clinique du thérapeute (techniques de radio-chirurgie, décompression neuro-vasculaire du nerf trijumeau, drezzotomie, cordotomie, stimulation du nerf grand occipital, stimulation corticale...). L'accès à certains produits de substitution comme la Méthadone pose également problème dans certaines structures.

28% des structures signalent des difficultés dans la prescription de certaines thérapeutiques (35% des centres et 23% des consultations).

La prescription de traitements hors AMM considérés comme utiles aux patients entraîne de véritables conflits avec les caisses complémentaires (tout particulièrement pour les dispositifs de lidocaïne transdermique). On signalera aussi les inquiétudes concernant la gestion actuelle du risque en matière de médicaments, qui induit peu à peu la réduction de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge de la douleur. Après la suppression du dextropropoxyphène, de l'indoramine, la réduction d'usage du clonazepam, intervient la polémique actuelle sur la "dangerosité" du paracétamol. Le fait de confondre l'absence de preuve d'efficacité d'un produit et l'inefficacité conduit à pénaliser certains produits anciens. On signalera pour exemple l'écart de jugement récent entre les commissions qui jugeaient l'efficacité de l'Oxetorone d'une part et les prescripteurs du produit ainsi que les Sociétés savantes d'autre part.

L'accès aux approches thérapeutiques non médicamenteuses semble globalement satisfaisant dans les structures douleur, ce qui peut s'expliquer par un grand nombre de professionnels médicaux, para médicaux et psychologues formés à ces techniques diverses et par le temps consacré à ces techniques dans les structures. Cependant, **si 85% des**

structures se déclarent satisfaits de leur accès aux méthodes psycho-corporelles, on peut remarquer une grande disparité des avis concernant les autres approches de soin choisies. Seules 55% des structures sont satisfaites de leur accès aux méthodes complémentaires, ce taux chutant à 43% concernant les thérapies groupales. Cette relative insatisfaction à l'accès à la prise en charge groupale peut s'expliquer par le manque de professionnels formés à ces approches, par le non accès à un lieu dédié et propice à cette pratique et parfois par la nécessité de multiplier les animateurs pour des prises en charge de groupe très spécialisées. L'accès aux kinésithérapeutes est décrit comme satisfaisant par 45% des structures tandis que **l'accès aux psychomotriciens n'est décrit comme satisfaisant que par 9% des structures**. Ceci est certainement dû à la méconnaissance de cette profession et au très faible nombre de professionnels psychomotriciens présents en structure douleur. L'accès à l'éducation thérapeutique semble encore limité puisque seuls 38% des structures en sont satisfaits. La nécessité d'un cadre d'intervention précis, le besoin de formation spécifique, tout comme du temps soignant dédié sont autant de facteurs qui peuvent limiter le développement de l'éducation thérapeutique lorsque des choix d'activités rentrent en concurrence.

En accord avec les principes des "Pain Management Programs" des anglo-saxons²⁴ un certain nombre de structures douleur mettent en place des Programmes de Réadaptation Multidisciplinaires de la douleur chronique en lien avec les Centres de Médecine Physique Réadaptation dans le champ des douleurs chroniques de l'appareil locomoteur. Ces programmes visent à permettre aux patient de mieux gérer leur douleur, d'atteindre et de maintenir un niveau de capacités fonctionnelles optimal dans leur environnement en luttant contre tous les facteurs auto-entretenant la douleur chronique.

2.3- Le financement des structures

2.3.1 - Règles de financement des structures douleur

Le financement des établissements de santé français repose sur le système de la T2A qui est un financement à l'activité. Ce financement concerne les activités de diagnostic, de traitement et de soins par des tarifs nationaux faisant que les ressources des établissements sont ainsi allouées en fonction du volume et de la nature de leur activité. Ce financement est défavorable à la prise en charge des pathologies chroniques comme la douleur chronique. Ce financement est également défavorable à la prise en charge des pathologies nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire et c'est à ce titre que les structures de prise en charge de la douleur chronique bénéficient d'une source de financement particulière dans le cadre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dont l'objectif général est le financement d'un certain nombre de missions ne pouvant pas être intégralement couvertes par un financement à l'activité.

La dotation MIG (pour missions d'intérêt général), dont bénéficie chaque structure de prise en charge de la douleur chronique identifiée, a pour objet principal de financer les coûts liés aux activités de consultations spécialisées longues et pluri-professionnelles. Selon les données du Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général ²⁵, la dotation MIG dans les structures douleur est calculée sur un indicateur de référence qui est le nombre annuel de consultations médicales externes.

- **En dessous de 500 consultations médicales externes par an**, aucun financement n'est proposé et la structure ne peut pas être identifiée par son agence régionale de santé (critère 5 du cahier des charges de l'Instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur).
- **De 500 à 1000 consultations médicales externes par an**, le forfait de base proposé pour un fonctionnement satisfaisant est de 0,6 équivalent temps plein (ETP) de

praticien hospitalier, et pour le personnel non médical de 0,5 ETP de psychologue, 0,5 ETP d'infirmier et de 0,5 ETP de secrétaire. Les salaires de ce personnel correspondent à un montant de base estimé à 140 000 euros calculé sur le coût moyen complet (salaires moyens chargés) des personnels et incluant des frais de structure de l'ordre de 2% (chiffre actualisé 2012).

- **A partir de 1000 consultations médicales externes par an**, ce forfait de base progresse pour le personnel médical de 0,4 ETP de praticien hospitalier toutes les 500 consultations médicales et pour le personnel non médical de 0,6 ETP toutes les 1000 consultations médicales. Sur cette base, il convient d'adapter la composition de l'équipe aux spécificités des patients accueillis et aux techniques thérapeutiques réadaptatives dispensées. Ainsi pour une structure totalisant entre 2000 et 2499 consultations externes annuelles, la MIG couvrira le coût complet moyen (salaire moyen chargé) de 1,4 ETP de PH et de 2,1 ETP de personnel non médical, total qui sera augmenté de 2% de frais de structure".

Ce type de financement a permis des rééquilibrages régionaux car certaines régions (et donc certaines structures) étaient 'historiquement' sur-dotées et d'autres sous-dotées. Ce montant global correspond à l'enveloppe nationale qui est répartie ensuite dans les différentes régions, à charge pour chaque agence régionale de santé de répartir la part régionale aux différents établissements de santé ayant une structure de prise en charge de la douleur identifiée et à chaque établissement d'affecter à cette structure au sein du pôle d'activités dont elle dépend la dotation MIG qui lui revient.

Il convient également de préciser certains points afin de mieux appréhender le financement des structures de prise en charge de la douleur chronique. Tout d'abord, il convient de rappeler que **cette dotation n'a pas pour finalité de ne financer que les activités de consultations externes**. En effet, dans l'esprit des tutelles, l'indicateur de référence basé sur le nombre de consultations médicales externes a été calculé pour permettre à la dotation MIG de financer d'autres missions des structures : les **réunions de concertation professionnelle**, la **formation et l'information**, la **mise en œuvre de traitements et techniques thérapeutiques « réadaptatives »** ainsi que l'organisation d'une **collaboration avec la**

médecine de ville et les autres établissements de santé, la participation aux activités de recueil épidémiologique, et la coordination d'activités d'enseignement et de recherche.

Les activités dédiées à la prise en charge de la douleur chronique et de la douleur aiguë (notamment les douleurs induites par les soins) concernant les **patients hospitalisés** font également bien partie des missions des structures (Instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur). Leur valorisation financière ne relève cependant pas de la dotation MIG car elle est prise en compte par le GHS « douleur chronique » ou incluse dans les tarifs des GHS au titre de la qualité des soins. Dans la mesure où cette valorisation bénéficie à l'unité fonctionnelle demandeuse dans laquelle est hospitalisé le patient et non à la structure de prise en charge de la douleur chronique qui est exécutante, il convient à cette dernière de négocier financièrement sa participation à cette activité dans le cadre de contrats intra ou inter-pôles.

Un autre élément qu'il convient de rappeler est **la réaffectation des sommes perçues par la structure dans le cadre des recettes T2A issues des consultations externes qui doivent être retranchées de la dotation MIG.**

Enfin, il convient de rappeler que dans le cadre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, **les structures de prise en charge de la douleur chronique peuvent également percevoir un financement spécifique à des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI).** L'enveloppe sera à terme essentiellement constituée d'une part modulable et d'une part variable, la part fixe concernant le financement des charges globales (personnel médical et charges médico-techniques) ayant pour vocation de disparaître. La part modulable vise au financement des surcoûts de la recherche en fonction d'indicateurs d'activité qui seront pour 2014 : les publications scientifiques (publiées dans des revues à comité de lecture référencées dans la base de données internationales PubMed) considérées selon le score quanti-qualitatif SIGAPS (59,9 % de la part modulable), l'enseignement considérant le nombre d'étudiants de DCEM 2, 3 et 4 accueillis (26,1 % de la part modulable), les essais cliniques (5,2 % de la part modulable), les inclusions dans les centres promoteurs (4,7 % de la part modulable) et les inclusions dans les centres investigateurs (4,2 % de la part modulable)

(scores SIGREC). La part variable concerne les financements propres de projets de recherche notamment ceux dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique, du Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale et des autres financements de projets de recherche proposés par la DGOS, l'INCa ou l'ANR ainsi que des financements de structures d'appui à la recherche (ces derniers financements concernant bien évidemment plus l'établissement que la structure de prise en charge de la douleur)²⁵.

2.3.2 . Application des règles de financement sur le terrain

A- Répartition des financements des MIG sur le territoire français

D'après les chiffres globaux parus en 2014, les structures « douleur » ont bénéficié d'un **financement MIG spécifique représentant 62.7 millions d'Euros (Table 3)**.

B. Utilisation des MIG par l'établissement

Même si la prise en charge de la douleur chronique est une des thématiques relevant du MIGAC dont la traçabilité du financement est une des meilleures, il n'en reste pas moins que le processus d'identification des structures et les retours du terrain font apparaître qu'**en pratique la MIG dédiée à chaque structure de prise en charge de la douleur n'est pas toujours totalement affectée à cette structure**. Dans l'enquête Forum 41% des structures déclarent que leur MIGAC sont reversées totalement, tandis que respectivement 23% et 13% estiment qu'elles ne le sont que partiellement ou pas du tout. Certaines structures font cas d'un manque de transparence de leur établissement concernant cette utilisation des MIG ainsi que de frais de structures anormalement élevés imputés au budget, et rendant les structures déficitaires en dépit de dépenses peu élevées de personnel et d'une activité de consultation élevée. L'enquête forum a enfin relevé une relative méconnaissance des règles de financement des structures, en particulier concernant les scores SIGAPS, SIGREC, MERRI.

Table 3: Montant des financements MIG alloués aux Structures Douleur en 2014

Région	Montant alloué aux structures douleur * en 2014	Population**	Montant en euros/hab.
Alsace	2 443 770	1 859 869	1,31
Aquitaine	2 337 670	3 285 970	0,71
Auvergne	1 532 880	1 354 104	1,13
Basse-Normandie	2 031 500	1 477 209	1,38
Bourgogne	1 453 050	1 641 130	0,89
Bretagne	3 361 720	3 237 097	1,04
Centre	1 746 880	2 563 586	0,68
Champagne-Ardenne	830 630	1 339 270	0,62
Corse	156 420	316 257	0,49
Franche-Comté	1 969 700	1 175 684	1,68
Haute-Normandie	1 413 060	1 845 547	0,77
Ile-de-France	10 551 130	11 898 502	0,89
Languedoc-Roussillon	2 935 590	2 700 266	1,09
Limousin	623 580	738 633	0,84
Lorraine	2 495 110	2 349 816	1,06
Midi-Pyrénées	3 256 440	2 926 592	1,11
Nord-Pas-de-Calais	3 690 610	4 050 756	0,91
Pays-de-la-Loire	4 294 850	3 632 614	1,18
Picardie	2 004 880	1 922 342	1,04
Poitou-Charentes	1 732 490	1 783 991	0,97
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 292 620	4 935 576	0,87
Rhône-Alpes	5 812 490	6 341 160	0,92
France métropolitaine	60 967 050	63 375 971	0,96
Guadeloupe	231 490	403 314	0,57
Guyane		239 648	
Martinique	224 510	388 364	0,58
Océan Indien	996 650	1 046 589	0,95
DOM	1 452 650	2 077 915	0,70
Total dotations régionales	62 419 700	65 453 886	0,95

* Source : CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2014/99 du 31 mars 2014 relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé

**Populations légales millésimées 2012 entrant en vigueur le 1er janvier 2015 (sources INSEE)

C. Adéquation entre le nombre de postes et la demande de soins

L'adéquation entre le nombre de postes et la demande de soins peut être abordée en analysant de façon quantitative les relations entre le nombre de consultations externes et le nombre d'équivalents temps plein (ETP) dans chaque catégorie professionnelle (**Table 4**). Cependant, l'analyse des données de l'enquête forum 2014 montre que le nombre d'ETP n'est pas corrélé à la satisfaction des soignants. Cette analyse doit être pondérée par d'autres données comme celles concernant les suppressions de postes actuelles ou à venir, et sur les appréciations qualitatives des structures, et ce catégorie professionnelle par catégorie.

« 70% des 77 structures ayant répondu à l'enquête « vos difficultés en 2015 » prévoient des difficultés de fonctionnement dans les 3 ans à venir. »

Il s'agit de menaces de suppressions de postes dans 49% des cas. Ces menaces concernent surtout les médecins (68%), les secrétaires (55%), les IDE (40%) et les psychologues (40%). Elles s'associent également à des menaces de baisse de financement dans les 3 ans à venir pour 52% d'entre elles; les menaces quant à la pérennité de la structure semblent respectivement potentielles et sérieuses pour 58% et 34% des structures interrogées. Ces résultats augmentent d'environ 15% lorsque l'on pose les mêmes questions à l'échelle des 5 ans à venir.

Cette perception de menace s'appuie sur des **faits réels** comme des pertes effectives de postes, des disparitions de financements MIGAC (du fait d'une diminution de l'activité en dessous des 500 consultations/an), de la dévalorisation des valeurs des points MIGAC à laquelle on assiste chaque année. La nécessité d'un nombre de consultations minimum pénalise les petites structures qui travaillent avec peu de personnel médical : un arrêt de travail prolongé, un départ à la retraite d'un médecin peuvent parfois conduire à la disparition de la structure, tout particulièrement lorsque les médecins interviennent à temps partiel ou sont isolés au sein de la structure. Le **risque d'une non pérennité des financements génère**

un risque d'absence de soutien de l'établissement de soins envers les professionnels s'occupant de douleur chronique. Ce problème est d'autant plus mal vécu que les professionnels se sont fortement investis dans la lutte contre la douleur dans leur établissement. Tant que la pérennité des structures douleur ne sera pas garantie par les besoins de soins de la population, mais par des critères de productivité, ce sentiment de menace persistera, voire s'aggravera.

L'inadéquation constatée par certaines structures entre des MIG élevés et un refus de recrutement de personnel et/ou un non renouvellement de personnels en arrêt provoque un **sentiment d'incompréhension voire d'impuissance des équipes soignantes vis-à-vis des politiques de l'établissement voire des ARS**, ce qui aggrave encore la perception de menace.

Table 4: Nombre d'Equivalents Temps Plein (ETP) en fonction du nombre de consultations médicales externes (Cs) (données déclaratives Forum 2014).

Nombre de Cs médicales externes	Nb d'ETP médecins	Nb d'ETP IDE	Nb d'ETP Psychologues	Nb d'ETP secrétaires
<500	0.9±1	0.7±0.2	0.8±0.4	0.6±0.6
500-599	1 ±0.5	0.9±0.7	0.5±0.3	0.7±0.3
1000-1999	1.2±0.9	1±0.6	0.7±0.5	0.8±0.4
2000-2999	2.1±0.9	1.6±0.9	0.8±0.5	1.4±0.6
3000-3999	2.4±1	1.7±1.4	0.8±0.3	2.3±1.2
4000-4999	3.4±0.5	2.8±2.2	1.2±1.3	2.1±1.1
>5000	4.4±0.9	3.1±1.3	1.4±0.3	2.6±1.5

C1- Postes médicaux

L'enquête forum montre que la représentation médicale est plurielle: On retrouve des médecins généralistes (71% des cas), des anesthésistes (67%), des psychiatres (48%), des neurologues (37%), des rhumatologues (36%), des médecins de MPR (29%), des pédiatres (14%).

Bien que l'on note une satisfaction globale vis-à-vis de l'accès aux soins médicaux chez 83% des Structures, **le nombre de postes de médecins est perçu comme inadéquat dans 66% des cas.** 21% des Structures ont perdu du temps médical dans l'année précédente.

Les structures évoquent des difficultés de recrutement dans 47% des cas. 7% des structures interrogées (n=8) évoquent des difficultés à recruter un remplaçant lors de leur prochain départ à la retraite. Les raisons évoquées sont l'absence de possibilité de financements de postes avant le départ des praticiens, la démotivation des jeunes du fait de la non-pérennité du financement des postes douleur et/ou d'un désintérêt envers la prise en charge de la douleur. Le fait que le financement des structures soit conditionné par l'activité de consultation entraîne un fort sentiment d'insécurité chez les médecins. On note pour exemple que 3 structures déclarées à l'ARS en 2014 n'ont pas pu atteindre le seuil des 500 consultations et se retrouvent ainsi fragilisées dans leur établissement du fait d'une absence de MIG. Les structures insistent sur la charge de travail importante et le risque d'épuisement professionnel induit par les non-renouvellements de postes.

« Cette pression paraît d'autant plus importante que l'activité repose sur un seul médecin. »

A noter également qu'un départ à la retraite est très souvent précédé d'une absence de plusieurs mois du fait de la mise en place de compte épargne temps.

C2- Postes infirmiers

Bien que l'on note une satisfaction globale vis-à-vis de l'accès aux soins infirmiers chez 74% des Structures, **le nombre de postes d'infirmiers est là encore perçu comme inadéquat dans 41% des cas.** 7% des Structures ont perdu du temps infirmier dans l'année précédente. Les pertes de postes infirmiers semblent donc moins importantes que celles des postes médicaux.

Les structures signalent des difficultés liées au recrutement d'IDE insuffisamment qualifiées (dans 15% des cas), et/ou imposées par l'établissement par exemple dans le cadre de reclassements professionnels (11% des cas). Seuls un tiers des structures déclarent n'avoir aucune difficulté à recruter du personnel qualifié.

« Parmi les autres difficultés signalées, on note la mutualisation des postes infirmiers, facteur nuisant à la qualité de la prise en charge de la douleur chronique. »

Pour les infirmiers(es) en situation de postes partagés la douleur devient souvent un objectif de second ordre par rapport aux autres activités de soins exigés par les services. Les structures insistent sur la charge de travail importante induit par le non-remplacement d'infirmiers en cas d'arrêts de travail ou de congés maternité.

C3- Postes de psychologues

L'enquête forum 2014 révèle une satisfaction globale vis-à-vis de l'accès aux prises en charge psychologiques pour 83% des Structures, tandis que **le nombre de postes de psychologue est perçu comme inadéquat dans 57% des cas.** 9% des Structures ont perdu du temps psychologue dans l'année précédente. Les pertes de postes psychologues semblent donc plus

rare que celles des postes médicaux. Le fait que les psychologues soient souvent recrutés sur des temps partiels (20 à 50% d'ETP le plus souvent) explique que ces diminutions de poste soient jugées comme quantitativement plus faibles que celles relatives aux médecins.

Les structures signalent des difficultés liées au non remplacement de personnel (dans 29% des cas), entraînant une surcharge de travail pour le reste des psychologues. Les difficultés de recrutement sont évoquées dans 23% des cas, avec en particulier le problème d'une grande précarité de la plupart de ces postes de psychologues, à la fois en terme de financement (postes financés par des fonds extérieurs), de contrat (CDD de courte durée), de non-titularisation des temps partiels ou d'emploi en temps très partiel.

C4- Postes de secrétaires

11% des centres rapportent des réductions de postes de secrétariat dans l'année écoulée. **Un tiers des structures rapportent des difficultés liées à un manque de personnel** (non-remplacements, voire personnel insuffisamment qualifié dans 17% des cas, imposé dans 21%) générant des **difficultés de fonctionnement**. Seuls 31% des structures n'ont aucune difficulté à signaler.

Les problèmes liés à la mutualisation des postes de secrétaires sont plus fréquents que pour les autres professionnels. Ceci induit des problèmes de fonctionnement importants pour les structures concernées. En situation de postes partagés, la douleur devient souvent un objectif de second ordre par rapport aux autres activités de secrétariat exigées par les services.



3 - Interactions entre les Structures douleur, les autres professionnels de santé et les associations de patients

3.1. Les liens à l'intérieur des structures

Au sein des structures, les liens se déclinent par le biais de réunions type **Staff, Synthèses ou Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)** conformément aux recommandations de l'HAS⁹. Ces réunions permettent d'offrir aux patients atteints de douleur chronique une prise en charge globale, pluridisciplinaire et pluri professionnelle. Il s'agit le plus souvent de staff non formalisés (53% des cas), de véritables RCP (24%) ou de l'association des deux (23%). On observe entre 4 et 8 staffs par mois (3.2 ± 2.1 /mois) et moins de 2 RCP par mois (2.7 ± 2.4). Cette régularité permet d'élaborer et de maintenir des prises en charge de qualité.

3.2. Les structures douleur et les autres services dans l'hôpital

Actuellement, les structures douleur font l'objet d'une demande croissante d'avis diagnostiques et/ou de demandes de prises en charge thérapeutiques de la part des services hospitaliers, qu'il s'agisse de douleurs aiguës rebelles ou d'exacerbations de douleurs chroniques.

Bien que cette mission soit en théorie prévue dans le financement des MIG, cette demande est d'autant plus difficile à assurer que la taille des structures est faible. En effet, à personnel constant, la structure sera amenée à réduire son offre de consultations externes de manière à assurer cette demande interne urgente, et donc à perdre des financements par MIG. Tant que des conventions n'auront pas été mises en place vis-à-vis des services extérieurs aux structures douleur, ce problème ne pourra être résolu.

Bien que 92% des structures douleur participent aux démarches de certification de leur établissement, elles ne sont représentées au bureau de pôle que dans 71% des cas, qu'il s'agisse des consultations ou des centres. Cette situation doit être prise en compte car une non-représentation des structures douleur sur le plan officiel dans l'établissement pourrait être en lien avec les perceptions de menace qu'elles relatent.

Au sein des CLUD, la présence des équipes dédiées à la douleur est réelle et massive puisque 98% d'entre elles y participent. Ces actions sont jugées comme très efficaces ou efficaces dans respectivement 11% et 60% des cas. La place et le dynamisme des structures se décline de multiples façons : développer la culture douleur au sein des équipes en transmettant les recommandations, en favorisant la démarche qualité, en aidant les unités à élaborer des protocoles. Au sein des CLUD, avoir l'implication de spécialistes de la douleur est un réel atout et notamment pour les certifications de la HAS.

3.3. Les inter-clud, les réseaux, les sociétés régionales

Au niveau régional, **79% des structures déclarent avoir développé des liens réguliers avec d'autres professionnels de la douleur** : il s'agit de liens réguliers sans organisation de RCP dans 42% des cas, et de liens réguliers sans RCP dans 37% des cas (les centres organisant plus les RCP que les consultations). Le maillage entre les structures semble ainsi s'être mis en place, s'organisant même en filière (parcours de soin patient).

48% des structures ont des liens réguliers avec leurs correspondants régionaux tels que les ont organisées la SFETD. 36% déclarent toutefois n'avoir que de rares contacts avec ces correspondants et 17% aucun contact. Si le principe des correspondants régionaux paraît bon pour 80% des structures, il ne fonctionne correctement que pour 33% d'entre elles. Il y a donc certainement une réflexion à mener pour que les correspondants régionaux puissent réellement faire un lien entre les structures et la SFETD d'une part et entre les structures et l'ARS d'autre part.

Enfin, certaines régions ont historiquement créé ou développé des **associations douleur régionales** (comme par exemple l'ex SLED devenue SARADOL, ou la Collégiale des Médecins de la Douleur d'Ile de France COMEDIF). Ces associations demandent le soutien moral et parfois financier de la SFETD pour l'organisation de leur manifestation à l'intention des acteurs de soin et constituent ainsi un relais de la SFETD sur le terrain.

Il paraît indispensable de **poursuivre et favoriser ces liens** tissés à tous niveaux localement, entre les structures, institutionnellement et régionalement, entre les professionnels de santé spécialisés douleur et les professionnels de santé, les patients et les tutelles. **Ils constituent un rempart non négligeable contre ce sentiment de menace voire d'impuissance évoqué précédemment.**

3.4. Interactions avec les Sociétés Savantes Nationales

De nombreux professionnels impliqués dans la prise en charge de la douleur des structures douleur sont membres de la **SFETD**, la SFETD étant elle-même le chapitre français de l'International Association for the Study of Pain (IASP) et de l'European Federation of IASP Chapters (EFIC). Beaucoup de professionnels sont toutefois également impliqués dans d'**autres Sociétés Savantes spécialisées**. Ceci a conduit à des rapprochements entre ces différentes Sociétés. Ainsi la SFETD est actuellement partenaire de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation), de la SFEMC (Société française d'Etudes des Migraines et Céphalées), du CEDR (Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie, section Douleur de la Société Française de Rhumatologie), de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs), de l'AFSOS (Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support), de la SFPO (Société française de Psycho-Oncologie), de la SFGG (Société Française de Gériatrie et de Gérontologie).

3.5. Interactions entre les structures douleur et les Associations de patients

Les interactions entre les structures douleur et les associations de patients se sont renforcées dans la dernière décennie, en particulier depuis qu'ont été mis en place des programmes d'Education Thérapeutique dans le domaine de la douleur. Différentes

associations de patients sont devenues au fil du temps de véritables partenaires des Sociétés savantes, auprès du Ministère de la Santé. L'AVFV et l'Association Fibromyalgie France se sont par exemple associées aux démarches de la SFETD en février 2015 pour défendre la Douleur dans le cadre de la future loi de Santé auprès de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale.

Parmi les associations actuellement partenaires de la SFETD , on retrouve:

- AFVD (Association Francophone pour vaincre les Douleurs)

Créée en décembre 2006, l'AFVD, partenaire de la SFETD, fait partie des associations d'usagers du système de santé agréées par le Ministère de la Santé (www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/associations_france-8.pdf). L'AFVD a statutairement pour mission d'aider les patients atteints de douleurs chroniques et/ou de souffrances psychiques, à devenir acteurs de leur parcours de soins en les sortant de leur isolement, en les écoutant, en les accompagnant, en soutenant leurs proches et en les informant des moyens existant pour les soulager. Elle a également pour mission de travailler auprès des professionnels de santé , d'intervenir auprès des décideurs en Santé Publique pour représenter les patients, et de façon générale d'informer tous les publics de l'existence des douleurs chroniques et des souffrances psychiques associées, et les sensibiliser sur leur impact sur la vie des patients et de leur entourage (<http://www.association-afvd.com>)

- UFAF (Association Fibromyalgie France)

Créée en 2001, l'UFAF - partenaire de la SFETD - fait partie des associations d'usagers du système de santé agréées par le Ministère. Elle a statutairement pour but de susciter et développer toutes actions de recherche, entraide, information et revendication dans le domaine de la fibromyalgie en France et en Europe, d'aider à la mise en place de structures de proximité pour une meilleure diffusion de l'information nationale, de contribuer à la diffusion d'éléments d'information de type médical ou social sur la fibromyalgie et les syndromes associés, d'être le porte-parole de ses membres auprès des pouvoirs publics, des médias nationaux, ou devant toute autre personne physique ou morale étrangère, impliquée dans la

connaissance ou le traitement des fibromyalgies, de diffuser toute information médicale, institutionnelle ou sociale concernant le domaine des douleurs chroniques, dont fait pleinement partie la fibromyalgie, et de mener toute réflexion, toute étude et toute action se fondant sur les acquis et les expériences obtenus en la matière (<http://www.fibromyalgie-france.org>).

- RDCP (Réseau Douleurs Chroniques Pelvi-périnéales)

Créé en 2013, le RDCP est une fédération d'associations de patients fondée par l'AFCI (Association Française de la Cystite Interstitielle) et Les Clés de Vénus. LE RDCP est partenaire de la SFETD. Il a pour but de fédérer, pour ses membres fondateurs et pour les membres à venir, les représentations et les actions nécessaires: 1) à la reconnaissance des pathologies générant des douleurs chroniques pelvi-périnéales, 2) à la compréhension de ces pathologies et à la recherche de nouveaux traitements dans la perspective de la guérison ou le soulagement de ces pathologies 3) à l'évolution vers une prise en charge globale centrée sur le patient (<http://www.rdcf.fr>).

- AFCAVF (Association Française contre l'Algie Vasculaire de la Face)

Créé en 2005, l'AFCAVF - partenaire de la Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées l'AFCAVF - regroupe des personnes atteintes d'algie vasculaire de la face. Statutairement, ses objectifs sont de regrouper les personnes atteintes d'algie vasculaire de la face, d'apporter une aide technique et morale aux familles confrontées à cette affection, d'informer le public afin que cette maladie soit mieux diagnostiquée, de contribuer à l'effort de recherche médicale et à l'amélioration des pratiques de soins relatifs à l'algie vasculaire de la face, d'intervenir auprès des pouvoirs publics dans l'intérêt des malades (Site internet: <http://www.afcavf.org>).

On signalera le travail de terrain important que mène de nombreuses autres associations de patients non citées précédemment, associations réparties sur l'ensemble du territoire et qui font preuve elles aussi d'un grand dynamisme.



4- La formation et l'enseignement

4.1. La formation médicale, l'enseignement universitaire dans les facultés de médecine

4.1.1. Le Collège des Enseignants de la Douleur (CED) et les Professeurs associés en douleur

La plupart des spécialités médicales sont représentées par des collèges d'enseignants, collégiales permettant la représentation de la spécialité auprès des pouvoirs publics, notamment du ministère de l'enseignement, pour la mise en place des DES, DESC, et la définition du programme du 2^e cycle médical. La médecine de la douleur n'est pas une spécialité mais elle est impliquée dans les réformes et est identifiée officiellement dans le DESC « Douleur-soins palliatifs ».

Il existe actuellement, pour accompagner cet enseignement, un nombre fixe de 6 postes d'enseignants universitaires, qui sont actuellement des postes de professeurs associés (PA). Ces postes sont proposés pour une durée de 2 ans, renouvelables 6 ans, financés au plan national, entérinés par les Doyens de faculté et le CNU de Thérapeutique 48.04.

« Dans le contexte "d'universitarisation" de la médecine de la douleur et de réformes d'enseignement nécessitant des représentants, la SFETD a souhaité mettre en place, au sein de la commission « enseignement-formation », un sous-groupe intitulé : Collège des Enseignants de la Douleur. »

Ce collège comprend dans la plupart des facultés : un responsable universitaire PU et éventuellement un coordonnateur médecin de la douleur responsable de l'enseignement de la douleur en deuxième cycle (anciennement module 6, actuellement UE5). Les statuts de ce Collège ont été établis en Juin 2015 permettant de définir ses membres et son conseil d'administration (élu par les membres du collège) ainsi que ses objectifs (Annexe II).

4.1.2. La formation « Douleur » en deuxième cycle des études médicales : l'UE 5

L'enseignement de la douleur en deuxième cycle ces études médicales est récent, introduit en 2006 par le module 6, commun à la douleur et aux soins palliatifs. En 2016, la réforme de l'Examen Classant National, qui sera désormais un examen sur tablette électronique (ECNi – informatique), s'accompagne d'une modification du programme et la naissance d'une plateforme, le SIDES. La douleur et les soins palliatifs sont maintenant intégrés à une Unité d'Enseignement plus large : UE5, intitulée : *Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs*. Une enquête menée sous l'égide de la SFETD en 2014-2015 a permis de mieux connaître les enseignants dédiés à la douleur, universitaires ou non, dans les différentes facultés de médecine française.

Les enseignements se font dans la plupart des facultés, en lien avec l'enseignement de soins palliatifs, sous forme d'enseignement dirigé ou de cours magistraux, sous la responsabilité d'enseignants d'autres spécialités, notamment l'anesthésie, la rhumatologie, la neurologie ou encore la neuro-chirurgie.

4.1.3. Les DU, DIU et capacités « Douleur »

De nombreuses universités ont créé des DU "Diplômes Universitaires" ou des DIU "Diplômes Inter-Universitaires", ouverts aux médecins, aux psychologues et aux professionnels paramédicaux, concernant la douleur de l'adulte et/ou de l'enfant. Ces enseignements peuvent s'attacher à la douleur en général; certains s'articulent autour de la douleur et des

soins palliatifs, tandis que d'autres développent des approches plus spécialisées (prise en charge de la douleur post-chirurgicale, hypnoanalgésie, migraines et céphalées, douleur de l'enfant en pratique quotidienne etc...).

La médecine de la douleur n'est pas une spécialité mais il existe des enseignements spécifiques, dédiés aux médecins ayant le grade de docteur en médecine (thèse), intitulés "Capacités Douleur". **Il existe sept « Capacités Douleur » en France actuellement** (III). Ces « Capacités Douleur », permettent la formation de nombreux spécialistes et sont le pré-requis, avec le DESC, pour diriger une unité de traitement de la douleur. Depuis plus de 15 ans, ces capacités ont permis de former près de 1500 médecins de la douleur, par un cycle de 2 ans; ce sont la plupart des médecins de la douleur exerçant actuellement sur le territoire.

La « Capacité Douleur » permet en effet d'offrir aux médecins, en particulier à tous ceux qui ne sont pas en DESC ni en DES, la possibilité de suivre un enseignement très recherché, associant à la fois des cours théoriques à la pointe de chaque domaine de la douleur et une formation pratique sous forme des stages au sein des structures douleur.

« La perspective d'une suppression programmée de cette capacité douleur conduirait à terme à un retour en arrière très dommageable à la Médecine Douleur. »

En effet, eu égard au faible nombre d'internes bénéficiant de la formation DESC « douleur » (cf chapitre suivant), si les médecins seniors n'ont plus accès à un enseignement de pointe, à terme, le nombre de praticiens formés à la prise en charge de la douleur redeviendrait alors insuffisant.

4.1.4. Le DESC « douleur »

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) « Médecine de la Douleur, Médecine Palliative » est né le 26/07/2007 ²⁶. Projet phare issu du second plan douleur, il reconnaissait la discipline en tant que telle avec la nécessité d'une formation spécifique, que ce soit pour la médecine de la douleur ou celle des soins palliatifs. Deux ans de cours et de

stages sont proposés afin de bénéficier d'une formation de qualité. Depuis sa création, il y a eu 7 promotions de deux ans, 7 premières années et 6 deuxièmes années, soit au total 238 internes DESC formés. Environ 25% ont choisi l'option « Médecine de la Douleur » et 75% « médecine Palliative ». Dans le domaine de la douleur chronique, cette création du DESC a été considérée par tous comme une grande avancée pour la formation des jeunes médecins. **Elle s'inscrit d'ailleurs dans une dynamique européenne puisque la Douleur Chronique est déjà reconnue comme spécialité dans 12 pays d'Europe.** On rappellera que le fait d'avoir une formation spécifique en douleur chronique constitue un indicateur qualité important, comme l'a rappelé l'EFIC en 2012 ²⁷.

Cette approche a cependant un coût qui conduit à la remettre actuellement en question. Selon le rapport Couraud-Pruvot ²⁸ ayant trait aux propositions de réforme du 3^{ème} cycle d'études médicales, la reconnaissance du DES serait nécessaire et suffisant à l'exercice de chaque spécialité, tandis que la création d'options dans le DES permettrait des sur-spécialisations sans rupture ni allongement de la formation. De ce fait, le DESC de type 1 « Médecine de la Douleur, Médecine Palliative » serait voué à se transformer en deux Formations Spécialisées Transversales (FST) : FST « médecine de la douleur » et FST « soins palliatifs ».

La SFETD s'est prononcée officiellement contre la perte du DESC et contre la FST proposée en l'état, qui risque d'induire une désaffection des jeunes spécialistes envers la douleur chronique ²⁹. **En effet, en refusant d'allonger le temps de formation, la réforme imposerait aux internes de spécialités de faire un choix pratique entre leur formation de spécialité et la douleur.**

Afin de mieux comprendre le souhait des jeunes en formation, l'*Association des Jeunes Chercheurs en Douleur et Soins Palliatifs* (AFJDSP) - récemment transformée en *Association Française des Palliatologues et Algologues Rassemblés* (AFPAP - Annexe IV)- a conduit une enquête auprès des 7 promotions d'étudiants du Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de « Médecine de la Douleur, Médecine Palliative ». Envoyée par e-questionnaire en décembre 2014 avec l'aide de la SFETD, l'enquête a permis le recueil de 125 réponses. 26% des DESC préféreraient que le DESC soit transformé en DES Médecine de la

douleur ou DES Médecine Palliative contre 74% préférant que le DESC soit transformé en Formation Spécialisée Transversale (FST). **Toutefois les étudiants revendiquent de pouvoir exercer leur « double casquette » qui permet de faire à la fois leur DES ET une formation complémentaire dans le domaine de la douleur et des soins palliatifs et donc de conserver la pluridisciplinarité indispensable dans la prise en charge de la douleur.** Ils insistent sur la possibilité de pouvoir changer d'orientation professionnelle, sans se cloisonner sur un seul domaine d'activité. Le choix interviendrait trop tôt dans le processus (lors de l'externat) pour 18% d'entre eux et induirait pour 17% d'entre eux un risque d'épuisement en soins palliatifs mais aussi en douleur.

L'organisation des nouvelles FST n'étant pas encore arrêtée, on peut espérer que la voix des jeunes médecins qui se sont exprimés dans cette enquête, et de façon plus générale l'avis des professionnels de la douleur relayée par la SFETD sera entendu. Cela conditionne en effet l'attractivité des jeunes et la qualité de la formation continue dans le domaine de la douleur en France.

4.2 - Les formations IDE

4.2.1 - La formation initiale pendant les études d'infirmières.

Suite à la réforme de formation des études en soins infirmiers (Circulaire N°DGOS/RH4/2010/361 du 30 septembre 2010), la commission professionnelle infirmière de la SFETD a constitué un groupe de travail autour de cette thématique de la formation initiale. Le nouveau référentiel de 2009 montrait clairement que la prévention et la prise en charge de la douleur n'étaient pas mentionnées dans le référentiel d'activités et n'étaient pas enseignés dans les unités d'enseignement transversales. Les moyens antalgiques relevant du rôle propre (rôle autonome) de l'infirmier, n'étaient ni enseignés ni évalués alors qu'ils étaient préconisés dans les plans de lutte contre la douleur et dans des recommandations de bonnes pratiques.

Le groupe de travail a ainsi proposé différentes pistes ayant pour but de :

- **proposer un référentiel d'activités de l'infirmier** concernant la prévention et la prise en charge de la douleur, ce document devant constituer une aide à la mise en place des programmes de formations
- **faire des propositions concernant la formation initiale et continue** des infirmiers
- **faire des propositions en matière de tutorat et de compagnonnage** des étudiants en soins infirmiers et des infirmiers (documents téléchargeables sur www.sfetd-douleur.org, section commission infirmière).

4.2.2 - La formation DIU pour les infirmières exerçant en structure douleur

La formation universitaire (DU ou DU) est requise pour les infirmier(e)s expert douleur ou ressource douleur en poste transversal sur l'établissement et pour les infirmier(e)s exerçant en structure douleur (cf Annexe 3 de l'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). Cette formation permet d'aborder les différentes spécificités liées à la douleur aiguë et à la douleur chronique. Il est important que cette exigence figure dans les profils de postes lors des remplacements de personnel de façon à maintenir le niveau d'exigence élevé qui a été mis en place en France jusqu'à présent.

4.3 - Les formations des psychologues

4.3.1. La formation initiale MASTER de PSYCHOLOGIE

Le Diplôme de Master de Psychologie conclut les 2 dernières années du second cycle des études de psychologie. La variété des Masters ne nous permet pas de faire une liste exhaustive; néanmoins on peut repérer trois types Masters dans lesquels des modules d'enseignement en clinique de la douleur peuvent être dispensés selon les universités :

- psychopathologie et psychologie clinique

- psychologie de la santé
- psychologie des thérapies cognitivo-comportementales.

4.3.2. La formation continue : DIU Clinique et psychopathologie de la douleur

Si les DIU ou DU Douleur ont toujours été ouverts aux psychologues, ils offraient souvent plus d'informations sur les données épidémiologiques, scientifiques relatives à la douleur qu'à leurs aspects psychologiques.

« Dans ce contexte, un « DIU Douleur : psychologie et psychopathologie » a été initié en 2003 à l'initiative de professionnels spécialisés en douleur. »

Il s'agissait de la première formation spécialisée en psychologie de la douleur. Proposé durant 10 ans, il a été repris en 2015 par le Pr Antoine Bioy et rebaptisé « DIU Clinique et psychologie de la douleur ». Il constitue une formation universitaire complémentaire et permet aux professionnels engagés dans des suivis de patients douloureux de disposer d'une formation solide, à la fois pratique et théorique, concernant les aspects psychologiques et psychopathologiques de la douleur. Par exemple : douleur et trauma psychique, dépression et comorbidité psychiatrique, mémoire de la douleur, vécu des soins, impact de la chirurgie, composantes psychiques intervenant dans l'évaluation de la douleur... Différentes approches sont également explicitées : psychanalytique, cognitive et comportementale, transculturelle, systémique, psychocorporelle, anthropologique... La dimension de la relation en douleur est également travaillée de façon importante tant d'un point de vue théorique (alliance thérapeutique, empathie et neurosciences, intersubjectivité...) que pratique (temps systémiques de supervision de la pratique, et analyses de cas).

Ce DIU propose 204 heures d'enseignement sur 2 années, répartis en 6 semaines d'enseignement au total. La validation se fait par la soutenance d'un mémoire clinique. Il s'adresse aux psychologues, psychiatres et à tout professionnel de santé (médecin, infirmier...) qui souhaiterait enrichir de façon experte sa pratique auprès des patients douloureux.



5- La recherche dans le domaine de la Douleur en France

5.1 - Etat des lieux

La recherche concernant la douleur est, de longue date, un des domaines d'excellence de la recherche en neurosciences dans notre pays. Cette "tradition" remonte à plus d'une cinquantaine d'années avec notamment les travaux de personnalités marquantes telles que les regrettés Denise Albe-Fessard et Jean-Marie Besson, qui furent tous deux présidents de l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP).

On peut considérer aujourd'hui que "l'école française" de recherche sur la douleur est toujours très active, puisqu'**il existe plus d'une trentaine d'équipes "labellisées" par l'Inserm et/ou le CNRS, réparties sur l'ensemble du territoire, dont la thématique exclusive ou principale est la douleur**. Ces équipes qui regroupent plus de 300 chercheurs, enseignants-chercheurs et étudiants, se sont fédérées depuis une dizaine d'années au sein d'un **réseau national**, initialement soutenu financièrement par l'Inserm, qui a largement contribué à développer les liens entre chercheurs et entre chercheurs et cliniciens (Annexe V). De fait, grâce à l'existence de ce réseau nous avons une image assez claire des acteurs et des travaux de recherche sur la douleur réalisés dans notre pays.

Avec plus de 3500 articles originaux publiés au cours des 5 dernières années (2010-2014), la France se situe largement dans le peloton de tête au niveau européen.

Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne le nombre de publications dans des journaux à fort facteur d'impact (> 10) (Figure 1), puisqu'elle est en seconde position derrière l'Allemagne, à égalité avec le Royaume Uni. La qualité et l'impact des travaux réalisés en

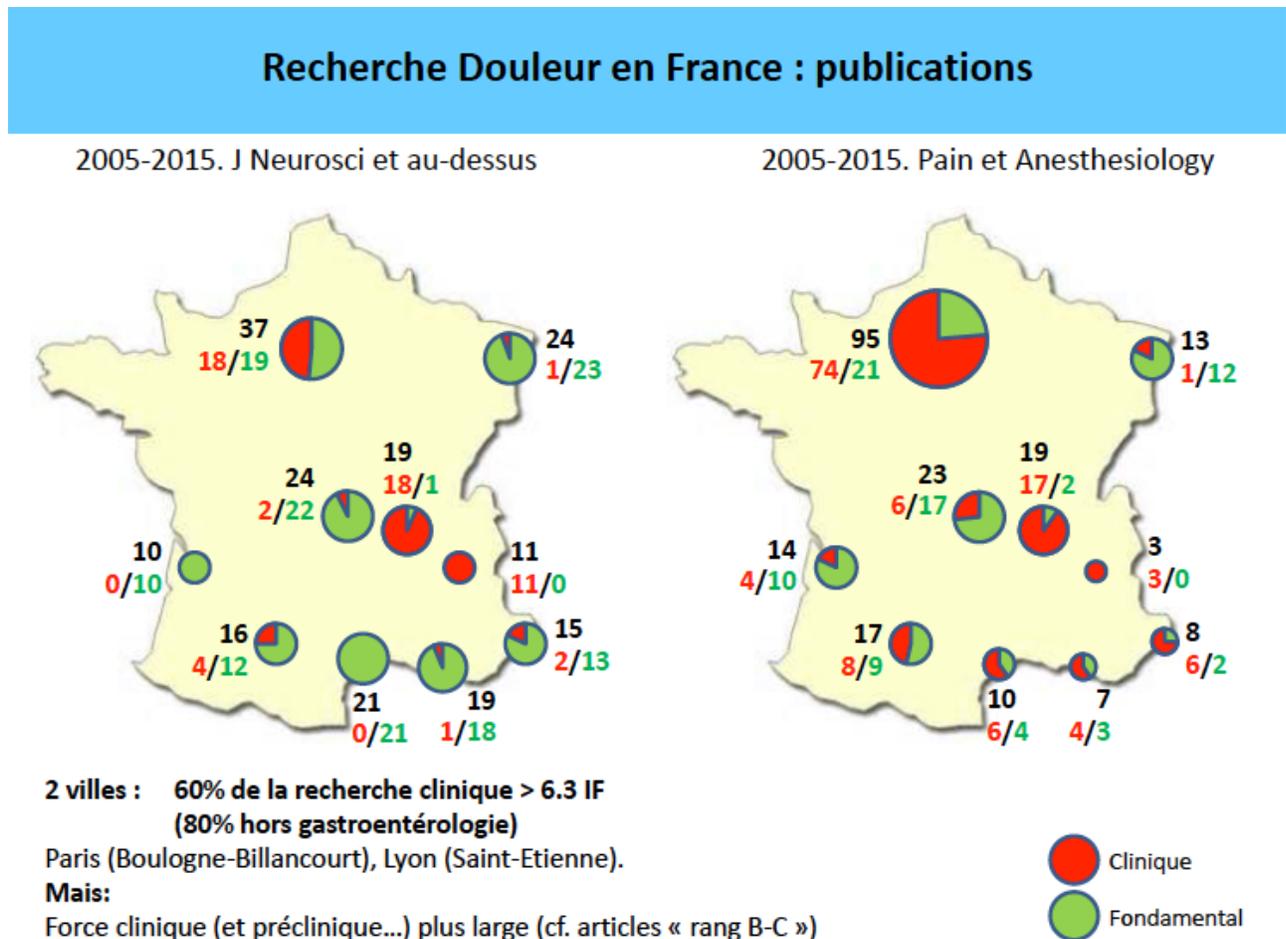
France sont également reflétés par les citations de ces articles qui situent, là encore, la France dans les tous premiers rangs au niveau international.

Si la grande majorité de ces équipes a développé des travaux de recherche fondamentale ou préclinique, **seules 4 équipes "labellisées" ont intégré dans leur recherche sur la physiologie de la douleur une activité de recherche clinique :**

Ces travaux bénéficient d'une grande visibilité et d'une véritable notoriété internationale dans certains domaines, notamment celui des douleurs neuropathiques, des algies faciales, des douleurs rhumatologiques, avec plusieurs articles publiés au cours des 10 dernières années classés parmi les plus cités (top 1%) du domaine, des invitations très nombreuses dans des congrès internationaux (dont 3 conférences plénières au cours des 3 derniers congrès mondiaux de la douleur) ou encore l'organisation par les équipes françaises de multiples réunions et congrès internationaux. Promouvoir la Recherche Clinique en Douleur fait partie des objectifs des Stratégies Nationales de Santé. Pour exemple, on citera la mesure 84 "Promouvoir une approche multimodale pour la prise en charge de la douleur" du Plan Maladies Neuro-dégénératives 2014-2019, qui insiste sur la nécessité de mettre en lien le réseau Inserm Douleur et les cliniciens ³⁰.

Figure 1: Evaluation des publications dans des revues internationales à fort impact factor dans le domaine de la Recherche en France

Sont représentés les principales villes publiant dans des revues à impact factor supérieur ou égal à celui de Journal of Neurosciences (à gauche) et équivalent à Pain et Anesthesiology (à droite). Les travaux cliniques sont représentés en rouge, les travaux fondamentaux en vert.



5.2 - La Recherche clinique au sein des Structures Douleur

En pratique, l'intérêt pour la recherche clinique des cliniciens des structures douleur et des structures de soin en général est illustré notamment par les succès obtenus dans le cadre des appels d'offres qu'il s'agisse des PHRC¹ et PHRI², des projets financés par des Fondations (Fondation IUD; Fondation Apicil; Fondation CNP; Fondation de France; Fondation Avenir etc..) ou des projets promus par des Industriels.

Toutefois, l'enquête forum-2014 montre que seules 31% des structures déclarent participer à des études promues et gérées par l'industrie pharmaceutique, et **35% des structures déclarent participer à des études institutionnelles**. L'activité des structures douleur dans le domaine de la recherche semble donc limitée par rapport à d'autres pays comparables comme l'Allemagne ou le Royaume Uni. Cette situation tient vraisemblablement, pour une large part, au fait que, contrairement à ces pays, la médecine de la douleur n'est pas (encore) reconnue en France comme une discipline universitaire. De fait, l'immense majorité des praticiens du domaine qui sont des PH, ne peuvent consacrer beaucoup de temps à la recherche clinique, **faute de moyens logistiques et humains**.

Enfin, on note une **dégradation des valeurs des points SIGAPS et SIGREC au fil des années**, dégradation qui ne peut qu'à terme décourager les équipes cliniques souhaitant s'investir dans la recherche qu'elle soit institutionnelle ou industrielle. Une réflexion sera à mener urgemment si l'on veut pouvoir maintenir et développer la recherche clinique et les collaborations des cliniciens avec les fondamentalistes.

¹ Programme Hospitalier de Recherche Clinique : PHRC

² Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale : PHRI



6 – Analyse stratégique

L'analyse de cette photographie des structures d'évaluation et traitement de la douleur (SETD) en France en 2014 permet de dégager plusieurs points-clés illustrant les forces et les faiblesses des SETD en France, les menaces entourant ces structures mais aussi, les opportunités qui s'offrent à elles. Cette analyse a pour finalité d'identifier les axes stratégiques à développer afin d'améliorer la structuration de la filière de soins en matière de prise en charge de la douleur chronique.

Les points forts des Structure Douleur

- ***Le maillage territorial*** qui permet une offre de soins en matière de prise en charge de la douleur chronique. Le nombre de structures est ainsi passé de 96 à 245 en 10 ans ;
- ***L'organisation des structures*** formalisée par un cahier des charges s'appuyant sur les travaux de la HAS;
- ***La compétence des équipes*** au moins pluri-professionnelles (un seul médecin associé à un ou plusieurs professionnels non médicaux : infirmier, psychologue), et pluridisciplinaires (plusieurs médecins de disciplines différentes) ;
- ***La reconnaissance du Modèle français d'organisation des Structures Douleur par d'autres pays*** ³², la France ayant été pionnière dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur, avec notamment un engagement des pouvoirs publics qui s'est traduit par plusieurs plans « douleur » successifs
- ***Des équipes à la pointe*** avec le développement de nouvelles techniques, des méthodes psychocorporelles, ...
- ***Un réseau de chercheur de haut niveau*** avec les équipes "labellisées" par l'Inserm et/ou le CNRS.

Les Points faibles des Structures Douleur

- ***L'accès aux structures*** avec des délais d'obtention d'un rendez-vous pour une première consultation atteignant parfois plusieurs mois ;
- ***Les difficultés de personnel*** au regard des départs à la retraite souvent non remplacés ou des non-renouvellements de postes médicaux;
- ***La méconnaissance des modes de financements concernant missions d'Enseignement, de Recherche, de Recours et d'Innovation*** (valeur des MERRI, des SIGAPS, des SIGREC) ;
- ***Le manque de lisibilité des financements*** au niveau de certains établissements ;
- ***La faible valorisation de certaines activités***, en particulier les consultations infirmières et psychologues ;
- ***Les critères de valence pédiatrique utilisés***, qui sont disparates d'une région à l'autre.

Des opportunités s'offrent aux Structures Douleur...

- ***Le développement des nouvelles technologies du numérique*** appliquées à la santé offre de nouvelles possibilités d'accès aux soins, des champs nouveaux dans l'organisation des soins, les pratiques professionnelles et la formation des professionnels de santé ;
- ***La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014*** qui prévoit l'expérimentation du financement d'actes de télémédecine dans plusieurs régions pilotes car la prise en charge de la douleur chronique semble particulièrement adaptée à l'utilisation de la télémédecine ;
- ***Les attentes des usagers***, relayées par les associations de patients, véritables partenaires auprès des instances ;
- ***Les protocoles de coopération***, permettant des transferts d'activités ou d'actes de soins et libérer ainsi du temps médical (consultation infirmière de 1^{ère} ligne ; prescription des TENS...);
- ***La SFETD et son réseau de correspondants régionaux***, assurant le lien entre les instances régionales et nationales ;

- ***Le projet de loi de modernisation de notre système de santé*** intégrant la prise en charge de la douleur dans plusieurs de ses articles et notamment sur le parcours de soins et le recours aux SETD.

Mais des menaces les entourent...

- ***La démographie médicale*** et la pyramide des âges qui prévoient des départs à la retraite importants dans les prochaines années ;

- ***Le vieillissement de la population*** et le développement des maladies chroniques avec un accroissement de la demande en soins, et la modification des besoins et des attentes de la population.

- ***Le contexte économique*** de restriction budgétaire au sein du système de santé ;

- ***La dégradation de la valeur des MIGAC*** voire la disparition de financements MIGAC en cas d'une diminution de l'activité en dessous des 500 consultations/an (souvent du fait d'arrêts de travail prolongés, de départ à la retraite d'un médecin ...)

- ***La dégradation progressive des financements concernant les Missions d'Enseignement, de Recherche, de Recours et d'Innovation*** (valeur des MERRI, des SIGAPS, des SIGREC);

- ***La réforme des études médicales***, et en particulier la suppression du DESC qui reconnaissait la spécialité « médecine de la douleur » et de la Capacité « Douleur », obligatoires pour les responsables des Structures Douleur ;

Quelles pistes de réflexions ?

En tirant parti des opportunités et en affrontant les menaces, en s'appuyant sur ses points forts ou en modifiant ses points faibles pour rendre nos Structures Douleurs plus efficaces, la SFETD propose de nouvelles pistes de travail :

- Offre de soin

- Offrir un **accès égal** aux structures Douleur quelque soient les régions en France
- Continuer à promouvoir le caractère **pluri-professionnel et/ou pluridisciplinaire** des structures douleur ;
- **Développer l'offre de soins** concernant la douleur chronique de l'**enfant** en réactualisant les critères d'obtention de la mention de « spécificité pédiatrique » dans le cadre de l'identification ;
- **Réduire les délais de rendez-vous** en développant des projets comme le projet « Coupe-fil », des projets de coopération, en ayant recours aux nouvelles technologies ;
- **Améliorer le parcours de soin** en travaillant davantage en lien avec les médecins généralistes ;
- Assurer la **pérennité des structures douleur** de façon à diminuer le sentiment de précarité institutionnelle des soignants impliqués dans ce domaine de soin et assurer l'attractivité des jeunes pour la douleur chronique ;
- **Moduler le mode de financement** sur un autre système que le codage exclusif du nombre de consultations externes.

- Douleur en lien

- Favoriser les démarches **d'éducation thérapeutique** ;
- Développer les **liens avec les Associations** d'usagers ;
- Améliorer la **lisibilité** des offres de soins dans chaque ARS.

- **Formation**

- Conserver une possibilité **d'accès à des formations** universitaires de qualité concernant la douleur pour tous les soignants ;
- Réécrire les projets de DESC douleur et demander à ce qu'ils puissent se faire en complément des DES et non à durée d'internat constant ;
- **Reconnaître la Médecine de la Douleur** en tant que discipline universitaire ;
- Conserver des valeurs de MERRI compatibles avec le maintien des activités de formation au sein des établissements.

- **Recherche**

- **Promouvoir la recherche clinique** par la conservation de la valorisation des SIGREC et des SIGAPS ;
- Promouvoir la recherche infirmière et en sciences humaines ;
- Développer des **réseaux de recherche** clinique ;
- Assouplir les contraintes administratives liées à l'élaboration et le financement des projets de recherche clinique ;
- Réviser plutôt qu'annuler la distinction entre Consultations et Centres de façon à valoriser davantage les activités de formation et de recherche exigées dans les Centres



7- Conclusion : Quel Avenir pour la prise en charge de la douleur chronique en France ?

La France a été pionnière dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur avec notamment un engagement des pouvoirs publics qui s'est traduit par plusieurs plans "douleur" successifs. Le modèle français d'organisation des structures douleur est d'ailleurs reconnu par d'autres pays notamment au Québec.

Plus récemment, suite à une forte mobilisation des instances de la SFETD et des associations de patients ³³, la prise en charge de la douleur a été intégrée au projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé, loi adoptée en première intention à l'Assemblée nationale le 14 avril 2015 ³³ et présentée au sénat en juillet 2015. Ceci est important car ce projet de loi a pour objectif de définir les grandes orientations stratégiques de santé publique en France pour les années à venir. Il intègre la prévention de la douleur parmi les priorités de la politique nationale de santé (article 1). Il inscrit explicitement sa prise en charge dans le parcours de soins, y compris le recours aux structures spécialisées (article 12) et reconnaît pleinement l'importance du caractère pluri-professionnel de l'équipe de soins (article 25).

La mobilisation doit toutefois se poursuivre car dans un contexte de restrictions budgétaires croissantes, un grand nombre d'incertitudes pèse actuellement sur les structures de prise en charge de la douleur chronique, sur la formation à la douleur et sur la recherche dans le domaine de la douleur. La SFETD doit ainsi continuer à travailler en lien avec la DGOS et les ARS de façon à proposer de nouvelles pistes de réflexions qui permettront d'optimiser les différents axes de travail autour de la douleur en France.

"Douleurs difficiles, consulter en structure spécialisée, c'est utile"



Annexes

Annexe I- La Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur (SFETD)

La **SFETD est** une association régie par la loi du 1er juillet 1901, ayant pour vocation de réunir tous les professionnels de santé pour favoriser les soins, l'enseignement, la recherche en matière de douleur. Son ambition est de privilégier la pluri-professionnalité, la pluridisciplinarité et de créer une interface entre les chercheurs fundamentalistes et les cliniciens (www.sfetd-douleur.org). Elle est **administrée** par un **Conseil d'Administration** composé de **12 membres**, auquel s'ajoute le Président sortant. La SFETD dispose d'une **équipe permanente** assurant les fonctions administratives, logistiques et financières.

La SFETD a pour objectifs:

- L'**étude** des mécanismes de la douleur
- La **promotion** de l'approche pluridisciplinaire et pluri-professionnelle de la douleur tant en ce qui concerne la recherche fondamentale et clinique que le traitement de la douleur
- Le **développement** des méthodes d'exploration, d'évaluation et de traitement de la douleur et l'établissement de références standard
- L'**orientation** et la promotion de l'enseignement, de la recherche et de la pratique clinique de toute notion concernant l'évaluation et le traitement de la douleur
- La **participation** à la formation universitaire, post-universitaire et permanente. La mise en place d'éléments d'évaluation des formations permanentes concernant l'évaluation et le traitement de la douleur
- La **promotion** d'une classification, d'une nomenclature et de définitions en langue française concernant la douleur et les syndromes douloureux
- La **diffusion** auprès des organismes officiels de toute information concernant l'évaluation et le traitement de la douleur, et en particulier l'utilisation des médicaments
- La **liaison** avec les autres associations nationales ou internationales d'étude de la douleur
- Toute autre activité pouvant concourir à la **réalisation des objectifs sus mentionnés**.

Annexe II: Objectifs du COLLEGE des ENSEIGNANTS de la DOULEUR - CED

À l'occasion d'évolutions intervenant dans l'enseignement médical, réforme du DCEM, mise en place de l'UE5, réforme des DES, les enseignants de la médecine de la douleur ont émis le vœu que cette discipline se structure sous la forme d'un Collège comparable à ceux qui existent déjà dans un grand nombre d'autres disciplines.

Le collège d'enseignants « médecins » a pour vocation de s'intéresser aux différents aspects touchant l'enseignement, la formation initiale et continue et leur évaluation dans le domaine de la médecine de la douleur :

- Contribuer à l'organisation de l'enseignement de la discipline, à tous les échelons de l'Education, tout spécialement : la formation initiale des étudiants en médecine, la formation des internes et la formation continue dans le champ de la discipline ;
- définir le contenu et les objectifs de cet enseignement ;
- produire et diffuser des recommandations et documents pédagogiques relatifs à cet enseignement ;
- définir, mettre en place et animer des structures d'évaluation ou de contrôle au niveau national destinées à assurer la qualité de la formation dans tous les cycles d'enseignement ;
- servir d'interlocuteur aux pouvoirs publics dans les domaines précédemment définis ;
- participer à l'organisation de l'enseignement des professions liées à la discipline ;
- promouvoir à l'étranger l'enseignement et la recherche réalisés en France dans la discipline ;
- promouvoir les relations entre les institutions universitaires liées à notre discipline et les organisations professionnelles, scientifiques ou industrielles.

Annexe III: Les Capacités « douleur » en France

		Intitulé Capacité	Coordinateur et Responsables universitaires		
			a/	b/	c/
1	Nantes	Capacité Douleur du Grand Ouest	Pr Julien NIZARD Coordinateur du CETD Hôpital Nord Laënnec Tel : 02.40.73.22.21 Julien.nizard@chu-nantes.fr	<i>Responsable Universitaire</i> Pr Julien Nizard	Commission Pédagogique regroupant les 6 Responsables Universitaires
	Rennes			<i>Responsable Universitaire</i> Pr Claude Ecoffey	
	Angers			<i>Responsable Universitaire</i> Pr Christophe Verny	
	Poitiers			<i>Responsable Universitaire</i> Pr Jean-Philippe Neau	
	Tours			<i>Responsable Universitaire</i> Pr Marc Laffon	
	Brest			<i>Responsable Universitaire</i> Pr Phong Dam Hieu	
2	Lille	Capacité Douleur de Lille	Pr Serge BLOND Coordinateur du CETD du CHRU de Lille Tel : 03.20.44.65.42 Serge.blond@chru-lille.fr	<i>Responsable Pédagogique :</i> Pr Serge Blond Mutualisé avec le DESC : Co-coordonateur : Pr G. Lebuffe et le Dr FX Derausseau	Commission Pédagogique Interuniversitaire Nationale.
3	Saint Etienne	Capacité inter régionale Rhône Alpes Auvergne : St Etienne / Lyon / Grenoble / Clermont Ferrand	Pr Bernard LAURENT CETD CHU St Etienne Tel : 04.77.12.06.44 bernard.laurent@chu-st-etienne.fr	<i>Responsable Universitaire :</i> Pr Laurent <i>Responsable Pédagogique :</i> Dr M Navez Dr R Peyron	la commission pédagogique regroupe les membres cités
	Lyon			<i>Responsable Universitaire :</i> Pr Mertens <i>Responsable Pédagogique :</i> Pr Mertens	
	Grenoble			<i>Responsable Universitaire :</i> Pr Payen <i>Responsable Pédagogique :</i> Dr Alibeu CETD CHU Grenoble	
	Clermont Ferrand			<i>Responsable Universitaire :</i> Pr Eschalier <i>Responsable Pédagogique :</i> Pr Eschalier Pr Dubray	
4	Nice	Capacité Inter Régional - Marseille - Montpellier - Nîmes	Pr Philippe PAQUIS Chef de service de Neurochirurgie CHU hôpital Pasteur 30, avenue de la Voie Romaine 06002 NICE cedex 1 Tel : 04.92.03.79.48 paquis.p@chu-	<i>Responsable Universitaire :</i> Pr Philippe Paquis <i>Responsable Pédagogique :</i> Dr Michel Lantéri-Minet et Dr Anne-Marie Valet-Eker	Commission pédagogique regroupant les membres cités supra Coordination administrative inter régionale :
	Marseille			<i>Responsable Universitaire :</i> Pr Jean Regis <i>Responsable Pédagogique :</i> Dr Anne Donnet et	

	Montpellier/Nîmes		nice.fr	Dr Sébastien Salas <i>Responsable Universitaire :</i> Pr Eric Viel <i>Responsable Pédagogique :</i> Dr Bruno Richard	Pascaline Lavalade sofradol@club-internet.fr
5	Strasbourg Nancy Besançon Reims Dijon	Capacité du Grand Est	Pr André MULLER Tel : 03.88.11.64.83 Andre.muller@chru-strasbourg.fr	Capacité non active actuellement	
6	Bordeaux Toulouse	Capacité Douleur Bordeaux - Toulouse	Pr Bruno BROCHET bruno.brochet@chu-bordeaux.fr Pr J.C. SOL		Commission B. Brochet, V. Dousset, F. Stzark, M. Landry
7	Amiens Caen Rouen	Capacité Douleur Amiens - Caen - Rouen	Dr Eric SERRA Tel : 03.22.66.88.20 Serra.eric@chu-amiens.fr	<i>Responsable Universitaire :</i> Pr Lorne, Dr Serra <i>Responsable Universitaire :</i> Pr Denise, Dr Delassus <i>Responsable Universitaire :</i> Pr Beuret-Blanquart, Dr Pouplin	la commission pédagogique regroupe les membres cités supra et Pr Macron, Pr Peltier, Pr Coquerel, Pr Viader, Pr Deramond, Dr Delorme.
8	Paris V Paris VI Paris VII Créteil UVSQ Paris Sud (XI)	Capacité Douleur Ile de France	Coordination tournante, selon les années	Pr Serge Perrot 0142347850 Serge.perrot@htd.aphp.fr Dr Sylvie Rostaing Sylvie.rostaing@sat.aphp.fr Pr Alain Serrie Alain.serrie@lrb.aphp.fr Pr JP Lefaucheur Pr Nadine Attal Nadine.attal@apr.aphp.fr Dr Sophie Laurent Tel : 01.42.11.40.53 Sophie.laurent@gustaveroussy.fr	la commission pédagogique regroupe les membres cités

Annexe IV - Présentation de l'Association AFPAR

L'association AFPAR, (Association Française des Palliatologues et Algologues Rassemblés), créée en 2015 fait suite à l'AFJDSP (Association Française des Jeunes Chercheurs en Douleur en Soins Palliatifs créée en 2011). Elle rassemble les jeunes médecins formés et/ou sensibilisés à la médecine de la douleur et à la médecine palliative, les membres actuels étant tous titulaires du DESC « médecine de la douleur et médecine palliative ». L'objectif actuel de l'association est de créer un réseau de professionnels pour favoriser le partage d'information et de résultats scientifiques, le travail d'équipe et la recherche multicentrique. L'AFPAP se propose également d'être le relais entre les jeunes médecins et les sociétés savantes telles que la SFETD, la SFAP et l'AFSOS.

L'AFPAP permettra également de discuter avec les responsables du DESC pour mieux répondre aux attentes des médecins formés.

Le site de l'association : <http://afpar.net/>

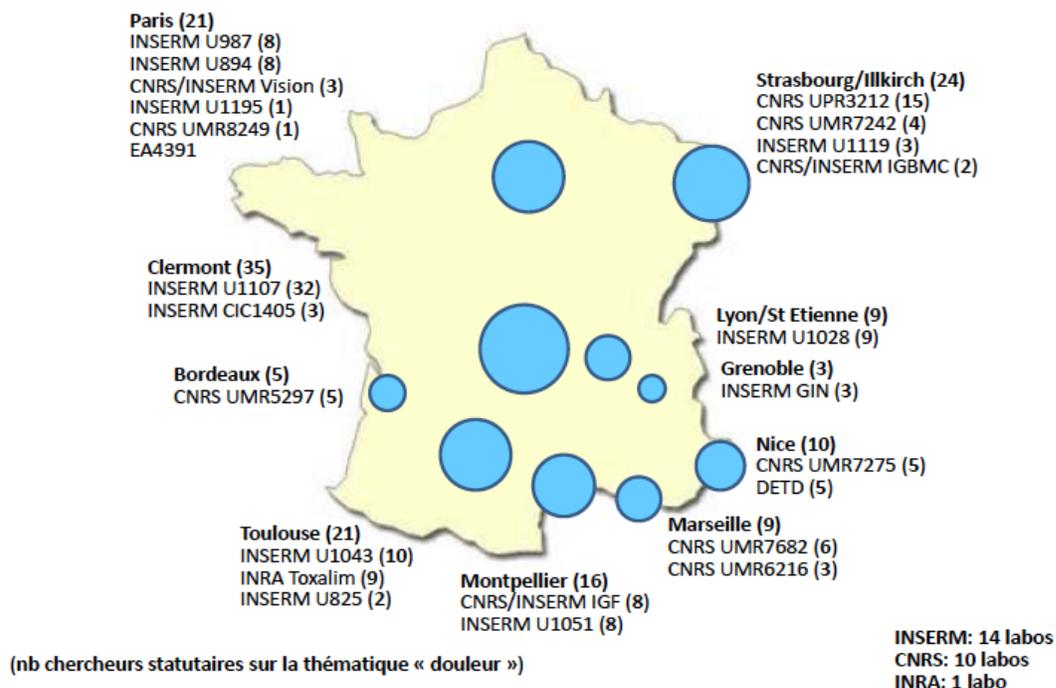
L'adresse mail : afpar@outlook.fr

ANNEXE V Le Réseau Inserm Douleur en France

Créé en 2003, le réseau de recherche sur la douleur qui incluait initialement l'EMI 331 (JJ Benoliel), l'EMI 332 (D Bouhassira), l'EMI 342 (L Garcia-Larrea) a obtenu le label INSERM en 2005. Coordonné par le Dr Dahlel (Inserm/UdA, U1107, Clermont-Ferrand), le réseau se compose de 27 équipes (11 Inserm, 4 mixtes Inserm/CNRS, 8 CNRS, 1 INRA, 1 universitaire, 2 hospitalières), sur un total de 393 personnes, réparties sur 11 villes. 59% de ces équipes assurent une activité de recherche fondamentale, 18.5% une activité clinique et 22% une activité à la fois fondamentale et clinique.

Le réseau a pour objectif d'organiser et développer la recherche clinique. Pour cela il doit promouvoir la transdisciplinarité, les interactions entre la recherche préclinique et clinique. ceci passe par une meilleure identification du potentiels humain dédié à la recherche, et un partenariat accru auprès des Structures Douleur.

Recherche Douleur en France : laboratoires labellisés (2015) Nb de statutaires dans des structures labellisées





Bibliographie

- 1- Recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) 2008. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient (<https://www.has-sante.fr>).
- 2- Bouhassira D. et al Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain 2008;136(3):380-7.
- 3- Van Dijk A. et al. Pain prevalence in nine- to 13 year old schoolchildren. Pain Res Manag 2006, 11 (4), 234-240.
- 4- Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2000. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale (<https://www.has-sante.fr>).
- 5- Enquête "Pain STORY" : Pain tracking on going responses for a year – sept 2009 (<https://painstory.org.fr>)
- 6- La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux. Cahier n°1 de la SFETD, 2013.
- 7- Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. SFETD, 6ème congrès, Nantes 17 Nov 2006.
- 8- Recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) 2009: Douleur chronique: les aspects organisationnels (<https://www.has-sante.fr>).
- 9- Recommandations de l'ANAES (1999). Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire (<https://www.has-sante.fr>).
- 10- Recommandations de l'ANAES (2000). Diagnostic, Prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique (<https://www.has-sante.fr>).

- 11- Recommandations de l'ANAES (2002). Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant: aspects cliniques et économiques (<https://www.has-sante.fr>).
- 12- Recommandations de l'ANAES (2004). Céphalées chroniques quotidiennes: diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge (<https://www.has-sante.fr>).
- 13- Recommandations de l'ANAES (2005). Modalités de prise en charge d'une épaule chronique non instable chez l'adulte (<https://www.has-sante.fr>).
- 14- Recommandations de Limoge 2010. Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses. Revue Douleurs, 2012, 13 (6), 259-275.
- 15- Recommandations de la SFETD et du Comité Douleur de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation. Techniques analgésiques loco-régionales et douleur chronique. Cahier n°2 de la SFETD, 2013.
- 16- Recommandations de la SFEMC, ANLLF et SFETD. Démarche diagnostique générale devant une Céphalée chronique quotidienne - prise en charge chez le migraineux: céphalées par abus médicamenteux et migraine chronique. Cahier n°3 de la SFETD, 2014
- 17 - Cipher DJ, Fernandez E, Clifford PA. Cost-effectiveness and Health Care Utilization in a Multidisciplinary Pain Center: comparison of three Treatment Groups. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 2001, 8, 237-244.
- 18- Serrie A et Queneau P. Livre blanc de la douleur. Editions Comité d'Organisation des états généraux de la Douleur (COEGD) 2005.
- 19- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; 2002.
- 20- Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Collection Evaluation. Mars 2011
- 21 - Tourniaire B. Critères de valence pédiatrique proposés par la Commission Pédiatrique de la SFETD à la DGOS (juillet 2011).
- 22- Tourniaire B. et Gallo A. Douleur chronique des enfants et des adolescents. Cahier de la SFETD n°26, 2013.

- 23- Enquête de la commission pédiatrique de la SFETD pour la DGOS, 2009.
- 24 - Jeffery MM et al., *Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Noncancer Pain-Comparative Effectiveness Technical Briefs, No. 8*; Agency for Healthcare research and Quality (US) 2011 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82511>).
- 25- Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général d'avril 2013 (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_DGOS_-_MIG.pdf).
- 26 - Bulletin officiel n°09 du 1 er mars 2007 " Liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine".
- 27 - Societal Impact of Pain" ; EFIC, 23/11/2012 (<http://www.sip-platform.eu/france.html>).
- 28 - Rapport Couraud-Pruvot - Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. 2014. (<http://avenirdelamedecine.fr/rapport-couraud-pruvot/>).
- 29 - Appel pour un DES : médecine de la douleur, octobre 2014 (http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u161/sliders/appel_des_douleur_20_oct_2014_ok.pdf)
- 30 - Référentiel d'activité Infirmier Ressource Douleur - Commission Douleur et Soins Infirmiers; SFETD 2007 (www.sfetd-douleur.org)
- 31 - Mesure 84 du Plan Maladies Neuro-dégénératives 2014-2019 - Stratégies Nationales de Santé (<http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>)
- 32 - Dobkin P.L. et Boothroyd L.J. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : organisation des services de santé. (AETMIS 06-04). Montréal : AETMIS, 2006, xvii-97 p.
- 33- La douleur chronique: une maladie ; manifeste pour améliorer l'offre de soin en France. Document édité en 2015 par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (<https://www.sfetd.org/autres-productions>).
- 34- Projet de loi *de modernisation de notre système de santé* - Texte n° 505 adopté par l'assemblée nationale en première lecture le 14 avril 2015.