Traitement de la douleur chronique

PRINCIPES DU BORDEREAU

La mission de service public relative à la prise en charge de la douleur correspond à l'activité de recours des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC), labellisées par les ARS sous la forme de consultation ou de centre et bénéficiant d'une dotation complémentaire au titre des missions d'intérêt général (MIG).

Les objectifs du bordereau sont :

- Faciliter l'inventaire des établissements disposant d'une **structure labellisée** assurant cette mission et l'évaluation des besoins couverts au sein des territoires.
- Documenter les principaux indicateurs retenus pour le suivi de cette MIG au niveau national et, dès lors, faciliter le suivi des contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) relatifs à cette mission.
- Enfin, permettre des comparaisons de situations entre régions.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques disposant d'une structure de traitement de la douleur chronique labellisée par l'ARS.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question du bordereau FILTRE A28 (structure d'étude et de traitement de la douleur chronique). Il est collecté une année sur deux, en alternance avec le bordereau PALIA.

Les informations attendues dans ce bordereau nécessitent la collaboration entre les équipes chargées de cette mission et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

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 chronique.

Instruction DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de la douleur chronique en 2017 et au relevé de leur activité 2016.

Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG) DGOS, V1- 2012.

ACTIVITÉ

Case A1 : Structure de prise en charge de la douleur chronique labellisée par l'ARS (SDC)

Conformément à l'instruction du 19 mai 2011, il existe à présent deux grades de SDC : les consultations et les centres d'étude et de traitement de la douleur, tous deux labellisés par l'ARS dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec une prise en charge pluriprofessionnelle de la douleur chronique. Une structure ayant de plus une activité d'hospitalisation devra répondre à la totalité des questions.

Les établissements labellisés effectuant une prise en charge de la douleur chronique en dehors de leur établissement, dans un établissement non labellisé, doivent également remonter cette activité dans leur SAE. Les établissements non labellisés bénéficiant de cette activité ne doivent pas remplir ce bordereau.

De même, les permanences avancées ne sont pas labellisées et sont rattachées à un centre ou à une consultation : l'activité réalisée dans ces structures est à déclarer dans la SAE par la structure labellisée.

Cases A2 à C6 et lignes 13, 14 et 19, le recueil de l'activité de consultation et des actes doit se faire :

- selon la catégorie des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire (psychologues, infirmiers, médecins hors psychiatres et psychiatres – **lignes 2 à 4, 13 et 19**) ;
- mais aussi selon la provenance des patients : internes, hospitalisés dans l'établissement hors lits douleur (**colonne A**), ou externes (**colonne B**) ;

- et enfin selon leur âge, en distinguant les consultations d'enfants de moins de 18 ans, qu'ils soient internes ou externes (**colonne C**).

Un patient externe est un patient non hospitalisé dans l'établissement de santé ou hospitalisé dans un autre établissement géographique de santé. Pour les patients provenant d'un autre établissement géographique, le nombre de consultations réalisées correspond au nombre de prestations inter hospitalières facturées. Un patient interne est un patient hospitalisé dans l'établissement de santé dans une place ou un lit non dédié à la douleur.

Ligne 19 : nombre de consultations réalisées par des IDE. La réalisation de consultations par des IDE est une spécificité des structures du traitement de la douleur chronique.

Ligne 3 : nombre d'actes d'IDE. Sont à renseigner ici les actes effectués par un(e) IDE durant une consultation (quel que soit le praticien qui réalise cette consultation).

Lignes 4 et 13 : nombre de consultations médicales réalisées. Le seuil minimal de 500 consultations médicales externes au total fait partie des critères du cahier des charges d'une structure.

Ligne 20 : le nombre total de consultations est calculée automatiquement (somme des lignes 2, 4, 13 et 19).

Ligne 14 : Il est demandé le nombre de cas discutés en réunion de synthèse pluriprofessionnelle dans l'année. À la différence d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), une réunion de synthèse pluriprofessionnelle rassemble à minima un médecin, un ou une IDE et un ou une psychologue. Si un dossier patient est examiné plusieurs fois dans l'année, il s'agit d'autant de cas différents examinés.

Ligne 5 : Il est demandé la file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année en consultation, selon leur provenance et leur âge. Elle est inférieure au nombre total de consultations effectuées, certains patients étant vus plusieurs fois dans l'année. La file active est l'indicateur de référence pour le calcul du niveau de la dotation MIG.

Ligne 6 : Il convient de retirer de ce total les patients déjà venus l'année précédente pour ne garder que les nouveaux patients.

Ces éléments font partie des indicateurs permettant d'évaluer *a posteriori* la pertinence de la mission effectuée.

Cases A7 et A15 : Recueil de l'activité d'hospitalisation

Case A7 : Le nombre de séjours en hospitalisation complète au cours de l'année écoulée est issu du PMSI (non modifiable). Les unités médicales de traitement de la douleur chronique étant identifiées par le code 61, le nombre de ces séjours est issu de la base de données PMSI transmise par l'établissement.

Case A15 : File active des patients pris en charge en hospitalisation. Il s'agit du nombre de patients différents ayant été hospitalisés au moins une fois dans l'année, quel que soit le mode d'hospitalisation (un même patient ayant effectué plusieurs séjours dans différents établissements sera, en revanche, comptabilisé dans chacun de ces établissements). Cette information est issue du PMSI et est non modifiable. Tous les séjours de l'UM 61 sont retenus.

Case A16 : Recueil de l'activité des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)

Le nombre de cas discutés dans ces réunions témoigne de cette activité spécifique. Une RCP rassemble au minimum trois médecins de spécialités différentes. Si un dossier patient est examiné plusieurs fois dans l'année, il s'agit d'autant de cas différents examinés. La RCP peut accueillir des cas de patients d'autres SDC, notamment de consultations.

PERSONNEL

Cases A9 à C12 et A17 à C18 : Personnels ayant concouru à l'activité

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins décrites dans le bordereau, que ce personnel soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, ou de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans différentes unités.

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP_T salariés correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »).

Colonnes A à F : Effectifs physiques des **salariés** présents au 31 décembre, déclinés en fonction du temps passé à travailler dans l'établissement (temps plein, temps partiel). Une répartition plus détaillée est désormais demandée pour les effectifs à temps partiel, selon trois catégories de quotité de temps de travail (colonnes D, E et F).

Colonne G : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité en traitement de la douleur chronique, y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

Ligne 9 : Les médecins partagés avec d'autres services sont à compter dans les effectifs à temps plein et ceux à temps partiels, ainsi que les ETP_T en salariés, selon la quotité travaillée dans le service.

Rappel : en raison de leur statut de bi-appartenant, pour ce calcul des ETP_T, les médecins hospitalo-universitaires titulaires (PU-PH, MCU-PH) et temporaires (ACC, AHU, PHU) qui se consacrent pour la totalité de leur temps hospitalier à une unité sont comptés pour 0,5.

Le cahier des charges de ces structures de recours pour la prise en charge de la douleur chronique comporte des exigences de formation tant pour le médecin responsable que pour l'IDE. C'est pourquoi **en lignes 10 et 12** doivent être isolés les effectifs à temps plein et ceux à temps partiel, ainsi que les ETP_T, des professionnels ayant acquis les diplômes complémentaires requis (capacité en médecine de la douleur ou DESC pour les médecins, DU ou DIU adapté pour les personnels non médicaux).

Lignes 11, 17 et 18 : Les salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les psychologues) sont à compter dans les effectifs, comme ceux qui sont propres aux centres ou aux consultations ; en revanche, leurs ETP_T seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de la structure de prise en charge de la douleur chronique (consultation ou centre).